



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Η διερεύνηση του φαινομένου του εκφοβισμού σε εργαζόμενους νοσηλευτές σε ένα τριτοβάθμιο γενικό νοσοκομείο της Κρήτης.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Από τις φοιτήτριες:

Μαντικού Δήμητρα

Τέλλη Δήμητρα

Χατζηνικολάου Αθανασία



Επιβλέπων καθηγητής:

Ρίκος Νίκος
RN MPH PhDc

Ηράκλειο, Μάρτιος 2016

Η διερεύνηση του φαινομένου του εκφοβισμού σε εργαζόμενους νοσηλευτές σε ένα τριτοβάθμιο γενικό νοσοκομείο της Κρήτης.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Από τις φοιτήτριες:
Μαντικού Δήμητρα
Τέλλη Δήμητρα
Χατζηνικολάου Αθανασία

Επιβλέπων καθηγητής:
Ρίκος Νίκος
RN MPH PhDc



Ηράκλειο, Μάρτιος 2016

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε τους γονείς και τα αδέρφια μας που μας στήριξαν, τις φίλες και φίλους όπως και συνεργάτες για τις πολύτιμες συμβουλές τους και το κουράγιο που μας μετέδωσαν. Όσοι συμμετείχαν στην έρευνα έχουν επίσης τα θερμά ευχαριστήριά μας. Τέλος, ευχαριστούμε τον εξαιρετικό καθηγητή μας κύριο Ρίκο, που ανέλαβε την επίβλεψη της πτυχιακής μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	Error! Bookmark not defined.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	9
ΟΡΙΣΜΟΙ.....	10
ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	15
Παραδείγματα συμπεριφορών εκφοβισμού	15
Εκφοβιστές.....	16
Θύματα.....	18
ΑΙΤΙΑ.....	20
Κουλτούρα εκφοβισμού.....	20
Ατομικά Χαρακτηριστικά	21
Δυναμική ομάδας.....	23
Οργανωτικά- Εργασιακά.....	24
Θεωρία της Απογοήτευσης και υποκειμενική κοινωνική κατάσταση (SSS).....	26
Παράγοντες ασθενών.....	27
ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΧΩΡΟ.....	28
ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
Λεκτική κακοποίηση.....	32
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	37
Δυναμική της ομάδας.....	38
Λάθη στην φροντίδα.....	39
Υγεία του ατόμου.....	41
Ικανοποίηση στην εργασία	44
Οικονομικές συνέπειες.....	45
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	46
ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	54
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	56

ΣΚΟΠΟΣ	57
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	57
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	57
Είδος Μελέτης.....	57
Πεδίο.....	57
Μέθοδος Δειγματοληψίας.....	58
Δείγμα.....	58
Ερευνητικό Εργαλείο.....	58
Συλλογή Δεδομένων	59
Στατιστική ανάλυση.....	60
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	61
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	75
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.α : ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.β : ΑΔΕΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ (ΤΕΙ)	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.γ: ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ (7η ΥΠΕ)	103

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ : Το φαινόμενο του εκφοβισμού εμφανίζεται σε όλα τα επαγγέλματα. Η λεκτική κακοποίηση φαίνεται να είναι ο τύπος εκφοβισμού που απαντάται πιο συχνά και με τα μεγαλύτερα ποσοστά. Τα αίτια που οδηγούν σε περιστατικά λεκτικής κακοποίησης καθώς και το ποιοι είναι υπαίτιοι ποικίλουν καθιστώντας το φαινόμενο αυτό πολυπαραγοντικό και αρκετά δύσκολο στην μελέτη του. Οι συνέπειες που έχει αυτό το φαινόμενο τόσο στο άτομο σαν μονάδα αλλά και στον οργανισμό σαν σύνολο είναι καταστροφικές. **ΣΚΟΠΟΣ :** Σκοπός ήταν η διερεύνηση του φαινομένου της λεκτικής κακοποίησης στους εργαζόμενους νοσηλευτές ενός τριτοβάθμιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Κρήτης.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ : Πραγματοποιήσαμε μια περιγραφική έρευνα, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο του Ηρακλείου. Η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν η σκόπιμη δειγματοληψία και το δείγμα μας αποτέλεσαν 151 εργαζόμενοι νοσηλευτές (ΔΕ,ΤΕ και ΠΕ) με πάνω από 5 έτη υπηρεσίας από 13 κλινικές του νοσοκομείου. Χρησιμοποιήθηκε το διεθνές ερωτηματολόγιο VERBAL ABUSE SCALE (VAS), μεταφρασμένο στα ελληνικά. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν από τον Μάρτιο του 2016 έως και τον Ιούνιο του 2016. Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος Excel 2016 και των πρόσθετών του. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος χ^2 , ενώ εκτιμήθηκαν και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω τεχνικών bootstrap. Οι κατανομές των κλιμάκων του VAS ελέγχθηκαν μέσω της μεθόδου κατά Blom για την κανονικότητά τους ενώ οι συσχετίσεις που ακολούθησαν έγιναν μέσω των συντελεστών κατά Pearson.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές που πήραν μέρος στην έρευνά μας έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού, ενώ οι κυριότεροι θύτες φαίνεται να είναι οι συγγενείς των ασθενών και οι ίδιοι οι ασθενείς. Τα περιστατικά λεκτικής βίας δημιουργούν άγχος στους νοσηλευτές-θύματα. Οι γυναίκες νοσηλεύτριες έχουν την τάση να διαχειρίζονται καλύτερα αυτά τα περιστατικά ενώ τα πολλά χρόνια υπηρεσίας φαίνεται να έχουν προστατευτικό ρόλο για αυτά τα φαινόμενα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Το φαινόμενο του εκφοβισμού είναι πολύπλοκο και χρήζει περαιτέρω έρευνας. Οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εστιάσουν τόσο στην ανεύρεση των αιτιών της λεκτικής κακοποίησης όσο και στους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: εκφοβισμός, νοσηλευτές, νοσηλευτική, λεκτική βία, bullying, workplace bullying, verbal abuse, nurses, nursing, hospital.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο του εκφοβισμού είναι ένα εξαιρετικά σοβαρό διεθνές πρόβλημα. Ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας ως ένα από τα πιο καταστροφικά προβλήματα για τους εργαζόμενους, σε βαθμό που να το θεωρούν πιθανώς τον πιο σοβαρό τρόπο στρες στην εργασία (Zapf, Knorz, Kulla, 1996; Niedl, 2008; Wilson, 1991; Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez and Leal-Millán, 2014).

Σε γενικές γραμμές εκφοβισμός θεωρείται όταν το θύμα βιώνει τουλάχιστον δύο αρνητικές πράξεις, εβδομαδιαία ή πιο συχνά, για έξι μήνες ή περισσότερο σε περιπτώσεις που το άτομο στόχος δυσκολεύεται να υπερασπιστεί η να σταματήσει την κακοποίηση (Lutgen-Sandvik, Tracy, & Alberts, 2007; Johnson, 2009). Ο εκφοβισμός χωρίζεται σε σωματικό, λεκτικό ή ψυχολογικό με κοινό χαρακτηριστικό την υπεροχή του θύτη κατά του θύματος. Μπορεί να περιλαμβάνει απειλές για τη χρήση βίας ή την πραγμάτωση αυτής, όπως και τη λεκτική βία και τον κοινωνικό αποκλεισμό (Μάστορα, 2013). Πρόκειται για μία μορφή διαπροσωπικής κακομεταχείρισης που κλιμακώνει την ένταση της λεκτικής επίθεσης, κατευθύνει την προσοχή και την ενέργεια μακριά από την εργασία, και μπορεί στη συνέχεια να καταστήσει το άτομο-στόχο σε κίνδυνο μη ασφαλούς κλινικής απόδοσης (Institute for Safe Medication Practices, 2004; Felblinger, 2008).

Δεδομένου ότι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού επιμένει, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες και συχνά αναμένεται από αυτούς να αναλάβουν ηγετικό ρόλο σε καταστάσεις απρόβλεπτες και χαοτικές. Υπό αυτές τις συνθήκες, πολλοί νοσηλευτές αντιμετωπίζουν λεκτική κακοποίηση, όταν οι συνεργάτες τους δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις δυσκολίες που σχετίζονται με την εργασία τους και ξεσπούν πάνω τους (Taylor, 2003; Felblinger, 2008).

Το φαινόμενο, έχει απασχολήσει έντονα τους ερευνητές κατά καιρούς λόγω των ατομικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που προκύπτουν από αυτό. Ο εκφοβισμός λαμβάνει χώρα σε όλους τους επαγγελματικούς χώρους, ανεξαρτήτως του μεγέθους της επιχείρησης ή του οργανισμού. Επίσης, επηρεάζει τους νοσηλευτές και έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις όχι μόνο στην ικανοποιητική φροντίδα των ασθενών, αλλά επίσης «στην ασφάλεια και ευημερία, ανεξαρτήτως των ατομικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων, την ηλικία των νοσηλευτών ή τα έτη εργασίας» (Karatza, Zyga, Tziaferi, & Prezerakos, 2016).

Ο εκφοβισμός είναι απαράδεκτος σε οποιοδήποτε πλαίσιο, πόσο μάλλον μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό έχει το δικαίωμα να εργάζεται σε ένα υγιές περιβάλλον εργασίας απαλλαγμένο από συμπεριφορές κακοποίησης όπως ο εκφοβισμός, η εχθρότητα, η πλευρική κακοποίηση και βία, σεξουαλική παρενόχληση, τρομοκρατία, κατάχρηση εξουσίας και θέσης και αντιποίνων σε περίπτωση που το θύμα μιλήσει ενάντια αυτών των συμπεριφορών.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναφέρει περιστατικά κακοποίησης και να συνηγορεί στο ότι κανένας υπάλληλος που βιώνει και αναφέρει την κακοποίηση στο χώρο εργασίας δεν θα αντιμετωπίζει αντίποινα (American Nurses Association, 2006). Επειδή ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας δεν καταγγέλλεται όσο θα έπρεπε μέσα από καθιερωμένους μηχανισμούς, μετατρέπεται σε ένα φαινόμενο πολύ δύσκολο να μελετηθεί (Pompeii et al., 2015).

Ο τομέας απαιτεί περισσότερη νοσηλευτικό-κεντρική έρευνα, η οποία θα πρέπει να διεξαχθεί με ενιαίο και συστηματικό τρόπο, ώστε να μπορούν να γίνουν γενικεύσεις σε όλες τις μελέτες. Ο απώτερος στόχος των ερευνών που θα γίνουν στο μέλλον θα πρέπει να είναι η δημιουργία μίας γενικής αντίληψης αυτού του φαινομένου ώστε να μπορούν να βρεθούν λύσεις (Johnson, 2009).

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ

Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι στρεσογόνο από τη φύση του. Επιπρόσθετα, ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας είναι κάτι περισσότερο από μία απλή διαμάχη μεταξύ δύο ατόμων. Προτείνεται πως η βίαιη συμπεριφορά μεταξύ νοσηλευτών είναι «αποδεκτή» στα πλαίσια του επαγγέλματος (Hockley, 2002) και, ως εκ τούτου οι νοσηλευτές επιλέγουν να μην αναφέρουν εκφοβιστικές πράξεις εις βάρος τους (Hutchinson, Vickers, Jackson, & Wilkes, 2006). Ταυτόχρονα ο εκφοβισμός αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο που μπορεί να γίνει κατανοητό μόνο με την εξέταση των κοινωνικών, ατομικών και οργανωτικών παραγόντων.

Η σημαντικότερη επίπτωση του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας είναι το γεγονός ότι μπορεί να επηρεαστεί η παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών με συνέπεια την πρόκληση λαθών και την πιθανότητα να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών. Ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας είναι σημαντικό να διερευνηθεί διότι πρώτα η ερευνα για αυτό το φαινόμενο είναι ελλιπής και δεύτερον επειδή επηρεάζει τη σωματική και ψυχική υγεία των θυμάτων, καθώς και την απόδοσή τους στη δουλειά (Johnson, 2009).

ΟΡΙΣΜΟΙ

Το 1970 ο Νορβηγός ερευνητής Olweus ονόμασε , για πρώτη φορά, το φαινόμενο του εκφοβισμού ως «*mobbing*» (Esfahani and Shahbazi, 2014).

Αργότερα, στη δεκαετία του 1980, ένας Σουηδός ψυχολόγος ο Heinz Leymann, και στις αρχές της δεκαετίας του 1990, μια βρετανή δημοσιογράφος η Andrea Adams (1992) άρχισαν να μελετούν το φαινόμενο του εκφοβισμού στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο . Στη συνέχεια, η έννοια "εκφοβισμός" εξαπλώθηκε σε άλλες χώρες στα τέλη της δεκαετίας του 1990 (Adams, 1992; Thomas, 2005; Johnson, 2009). Μια περαιτέρω ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκαλύπτει ότι οι διάφορες εκφράσεις όπως σιωπηλή επιδημία, παρενόχληση, πλάγια ή οριζόντια βία και αγένεια χρησιμοποιήθηκαν για να εξηγήσουν αυτό το φαινόμενο. Πλέον, διαφορετικοί όροι χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο για να περιγράψουν τον εκφοβισμό στον εργασιακό χώρο, όπως το "mobbing" (στη Γαλλία και τη Γερμανία), "παρενόχληση" (Φινλανδία), "επιθετικότητα" και "συναισθηματική κακοποίηση" (στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής). Επίσης, ο όρος «εκφοβισμός στο χώρο εργασίας» χρησιμοποιείται κυρίως στην Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Βόρεια Ευρώπη (LaVan & Martin, 2008; Strandmark & Hallberg, 2007; Saunders, Huynh & Delahunty, 2007; Johnson, 2009; Felblinger, 2008).

Ο εκφοβισμός έχει ορισθεί με διάφορους τρόπους από διαφορετικούς οργανισμούς και ιδιώτες. Ο κυριότερος ορισμός είναι ότι πρόκειται για μια " επίμονη συμπεριφορά εναντίον ενός ατόμου που είναι εκφοβιστική, εξευτελιστική, προσβλητική ή κακόβουλη και υπονομεύει την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση του λήπτη" (Ahmer, et al., 2008). Επιπρόσθετα εκφοβισμός θεωρείται όταν το θύμα βιώνει "τουλάχιστον δύο αρνητικές πράξεις, εβδομαδιαία ή πιο συχνά, για έξι μήνες ή περισσότερο σε περιπτώσεις που το άτομο στόχος δυσκολεύεται να υπερασπιστεί ή να σταματήσει την κακοποίηση" (Lutgen-Sandvik, Tracy, & Alberts, 2007; Johnson, 2009).

Πρόκειται δηλαδή για μια σταδιακή, συχνά αόρατη, και έντονη εξατομικευμένη και επίσημη εμπειρία (Hutchinson, Vickers, Jackson, & Wilkes, 2006), που περιλαμβάνει την επαναλαμβανόμενη σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική κακοποίηση, παρενόχληση, ή εχθρότητα μέσα στον χώρο εργασίας και αποτελείται από συμπεριφορές που είναι γνωστό, ότι είναι προσβλητικές ή ανεπιθύμητες (MacIntosh,, O'Donnell, Wuest, & Merritt Gray, 2011).

Σύμφωνα με άλλες πηγές ο εκφοβισμός, είναι ένα σοβαρό ζήτημα που επηρεάζει το επάγγελμα της νοσηλευτικής κι ορίζεται ως οποιοδήποτε είδος επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών παρενόχλησης στις οποίες το θύμα υποφέρει λεκτική βία, απειλές, ταπεινωτική ή εκφοβιστική συμπεριφορά, ή συμπεριφορές από το δράστη που παρεμβαίνουν με την απόδοση στην εργασία του ή της και έχουν ως στόχο να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλεια του θύματος (Center for American Nurses, 2007: Felblinger, 2008: Longo, 2007). Τέτοιες συμπεριφορές που απορυθμίζουν τους νοσηλευτές αποκαλούνται ως αποδιοργανωτική ή διασπαστική συμπεριφορά. Γενικότερα ορίζεται ως κάθε ανάρμοστη συμπεριφορά, αντιπαράθεση ή σύγκρουση που κυμαίνεται από τη λεκτική κακοποίηση σε σωματική και σεξουαλική παρενόχληση (Felblinger, 2008). Κοινά παραδείγματα διασπαστικής συμπεριφοράς είναι το να ρίπτουν διαγράμματα ζωτικών σημείων ή φακέλους στο γραφείο των νοσηλευτών οι ιατροί με υπαινικτικό και υποτιμητικό ύφος, οι νοσηλευτές να υποτιμούν τους λιγότερο έμπειρους νοσηλευτές ή οι επόπτες να υποτιμούν δημοσίως το προσωπικό (Walrafen, Brewer & Mulvenon, 2012).

Ο εκφοβισμός χωρίζεται κυρίως σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τον άμεσο και τον έμμεσο εκφοβισμό. Ο άμεσος εκφοβισμός περιλαμβάνει ανοιχτές εκφοβιστικές συμπεριφορές όπως σωματικές επιθέσεις και λεκτική βία. Ο έμμεσος εκφοβισμός περιλαμβάνει την κοινωνική απομόνωση και την διασπορά φημών, απρεπή σχόλια και αδικαιολόγητη κριτική για την επίδοση του ατόμου.

Η σωματική επίθεση και η λεκτική κακοποίηση θεωρούνται γενικά ως μια άμεση μορφή της αντιπαράθεσης, ενώ ο κοινωνικός αποκλεισμός και η διάδοση φημών συχνά θεωρείται ως έμμεση ή συσχετιστική μορφή εκφοβισμού (Wang, Iannotti, Luk, & Nansel, 2010). Όπως φαίνεται στην πλειονότητα των συγκριτικών μελετών οι νοσηλευτές αναφέρουν με μεγαλύτερη ευκολία περιστατικά μη σωματικής επιθετικότητας από ότι σωματικής (Fujishiro, Gilbert & De Castro, 2011).

Ο όρος επιθετικότητα, χωρίζεται, αν και κάπως διαφορετικά από την έννοια καθαυτή του εκφοβισμού, στη σωματική επιθετικότητα (επιβλαβείς πράξεις που εμπεριέχουν σωματική επαφή όπως σωματική επίθεση, δηλαδή χαστούκια, κλοτσιές, δάγκωμα, ξυλοδαρμός, τσιμπήματα, συστροφή του καρπού και τράβηγμα μαλλιών) και στη μη σωματική επιθετικότητα, επιβλαβείς πράξεις όπως η λεκτική βία που εκδηλώνεται με φωνές, υποτιμητικά σχόλια, απειλές, προσβολές, βρισιές και κατηγορίες και η ψυχολογική παρενόχληση. Επιπρόσθετα, ο εκφοβισμός μπορεί να εκδηλωθεί και με τη μορφή σεξουαλικής παρενόχλησης που περιλαμβάνει ανεπιθύμητη και προσβλητική

συμπεριφορά σεξουαλικής φύσης, π.χ. αναγκαστική συνουσία, σεξουαλική παρενόχληση προφορικά ή προσπάθεια κάποιας σωματικής επαφής (Koukia et al., 2014). Η σωματική επιθετικότητα εξετάζεται κυρίως ως προς τον τραυματισμό ή τη θνησιμότητα που προκαλείται από την επίθεση, ενώ η μη σωματική επιθετικότητα μελετάται συχνότερα ως προς τη συσχέτιση της με προβλήματα ψυχικής υγείας όπως το άγχος και η κατάθλιψη.

Επιπλέον, ο εκφοβισμός μπορεί να πάρει περισσότερες από μία κατευθύνσεις, όπως οριζοντίως, στο ίδιο επίπεδο (δηλαδή μεταξύ των συναδέλφων) , προς τα πάνω από ένα χαμηλότερο σε υψηλότερο επίπεδο (από τους υφισταμένους στους προϊστάμενους), και προς τα κάτω από ένα υψηλότερο σε χαμηλότερο επίπεδο (από τους προϊστάμενους στους υφισταμένους) (Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez and Leal-Millán, 2014).

Συχνά ο εκφοβισμός δημιουργείται από τη κακή χρήση ή κατάχρηση δύναμης και εξουσίας εντός ενός οργανισμού.

Ειδικότερα, σε επίπεδο οργάνωσης ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας είναι η έκφραση της διαφοράς δύναμης του θύτη από το θύμα. Δηλαδή, άτομα με λιγότερη εξουσία σε μια οργάνωση είναι ευάλωτα, αποτελώντας έτσι στόχο εκφοβισμού από άτομα με μεγαλύτερη εξουσία που επιλέγουν να καταχραστούν την δύναμη που κατέχουν. Αυτά τα άτομα ονομάζονται εκφοβιστές και προκαλούν κατ' επανάληψη αρνητικές αντιδράσεις στους στόχους (τα λεγόμενα θύματα) της συμπεριφοράς τους. Ο Weaver υποστηρίζει ότι , οι νοσηλευτές που εκφοβίζουν είναι αυτοί που αισθάνονται την ανισορροπία δύναμης που σχετίζεται με την περιορισμένη αυτονομία και την αυταρχική ηγεσία. Η έλλειψη ελέγχου μέσω του εκφοβισμού και οι επιθετικές συμπεριφορές επηρεάζουν αρνητικά την κλινική πρακτική και τις επαγγελματικές σχέσεις των νοσηλευτών (Weaver, 2013). Ο Vessey και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι οι δράστες του εκφοβισμού είναι πιο συχνά νοσηλευτές που βρίσκονται σε υψηλές θέσεις όπως προϊστάμενοι τμημάτων (Vessey, Demarco, Gaffney & Budin, 2009; Μπακάλης, 2015). Επιπλέον η πρώτη πράξη εκφοβισμού στους χώρους εργασίας σηματοδοτεί ένα οριακό σημείο που θα επηρεάσει τόσο τον θύτη αλλά και το θύμα. Δεν χρειάζεται να επαναλαμβάνεται για να υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις, φτάνει ένα μεμονωμένο γεγονός (Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez and Leal-Millán, 2014).

Ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας ή εχθρική κλινική συμπεριφορά, αναφέρονται ως οι διάφορες μορφές αγένειας, εκφοβισμού, εχθρότητας, σχεσιακής επιθετικότητας, παρενόχλησης, ή αποδιοργανωτικές συμπεριφορές που συμβαίνουν μεταξύ επαγγελματιών

υγείας. Στο νοσηλευτικό λεξικό όταν αυτές οι συμπεριφορές συμβαίνουν μεταξύ των νοσηλευτών/ νοσηλευτικού προσωπικού συνήθως χαρακτηρίζονται ως *καταπιεσμένη συμπεριφορά ομάδας και οριζόντια ή πλάγια βία* (Embree, Bruner & White, 2013; Hutchinson & Jackson, 2013).

Ιστορικά, οι νοσηλευτές υποβάλλονται σε σωματική, συναισθηματική και λεκτική βία, διότι η ίδια η φύση του επαγγέλματος τους τοποθετεί στη μειονεκτική θέση να γίνονται αποδέκτες αυτής της βίας. Προηγούμενες μελέτες που απευθύνονταν σε αυτό το θέμα κατέληξαν πως οι κυριότερες πηγές λεκτικής κακοποίησης περιλαμβάνουν τους ασθενείς, τις οικογένειες, τους ιατρούς και τους λοιπούς εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Ωστόσο λίγη έρευνα έχει γίνει για να διαπιστωθεί εάν όντως οι νοσηλευτές εκφοβίζουν ο ένας τον άλλο (Rowe & Sherlock, 2005). Ειδικότερα λοιπόν, η πλάγια/πλευρική βία (ΠΒ-LV) περιγράφεται ως η συμπεριφορά εκείνη των νοσηλευτών που λαμβάνει χώρα μεταξύ συναδέλφων, και περιγράφεται ως πράξεις που διαπράττονται από ένα άτομο υψηλά ιστάμενο προς τους λιγότερο ισχυρούς από τον εαυτό τους και από τα άτομα που βρίσκονται γύρω τους (Embree, Bruner & White, 2013). Οι πράξεις παρουσιάζονται με την πάροδο του χρόνου, χαρακτηρίζονται από απροκάλυπτη ή συγκεκαλυμμένη άμεση δυσαρέσκεια και μπορούν να είναι συγκεκαλυμμένες ή εμφανείς πράξεις λεκτικής ή μη λεκτικής επιθετικότητας.

Εκδηλώνεται, λοιπόν, *λεκτικά και μη λεκτικά* με τις δέκα πιο κοινές μορφές οι οποίες γενικά είναι τα μη λεκτικά υπονοούμενα, η λεκτική προσβολή, η υπονόμηση δραστηριοτήτων, η παρακράτηση πληροφοριών, το σαμποτάζ/δολιοφθορά, οι εσωτερικές διαμάχες, η αναζήτηση αποδιοπομπαίων τράγων, τα πισώπλατα μαχαιρώματα, ο μη σεβασμός της προσωπικής ζωής και η "σπασμένη" αυτοπεποίθηση (Embree, Bruner & White, 2013).

Ένα άλλο είδος εκφοβισμού στον χώρο εργασίας είναι η *σχεσιακή/συγγενής (relational) επιθετικότητα*, που χαρακτηρίζεται από ψυχολογική κακοποίηση. Όπως το κουτσομπολιό, οι αλληλοκατηγορίες, τα "πισώπλατα μαχαιρώματα", η παρακράτηση πληροφοριών, και ο εξοστρακισμός. Οι συμπεριφορές αυτές μπορούν να επεκταθούν εκτός του χώρου εργασίας, μπορούν δηλαδή να εμφανιστούν σε αυτοπροσώπως συναντήσεις ή και στο κυβερνοχώρο/ Ίντερνετ (Dellasega, 2009). Πρόκειται για ένα νέο είδος εντοπισμού θυμάτων που προκαλεί ενδιαφέρον για τους ερευνητές. Βέβαια, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η επικράτηση της λεκτικής και σχεσιακής θυματοποίησης είναι υψηλότερη από τη σωματική και διαδικτυακή θυματοποίηση.

Η βιβλιογραφία παρέχει διάφορους ορισμούς της αγένειας. Σε γενικές γραμμές, αγένεια θεωρείται μία μορφή ψυχολογικής παρενόχλησης που παραβιάζει την αξία του αμοιβαίου σεβασμού στον εργασιακό χώρο. Η αγένεια περιλαμβάνει τόσο διακριτικές όσο και προφανής αγενείς και ανάγωγες συμπεριφορές, όπως ο αποκλεισμός από σημαντικές εργασίες, το να παίρνει κάποιος τα εύσημα για τη δουλειά άλλου, η παρακράτηση σημαντικών πληροφοριών, οι φωνές, τα ουρλιαχτά, οι λεκτικές επιθέσεις και τα αρνητικά λεκτικά σχόλια μπροστά σε άλλους, οι κατηγορίες και τα επικριτικά σχόλια εναντίον συνεργατών για δυσμενή αποτελέσματα, ιδιαίτερα σε καταστάσεις που απειλείται η ζωή του ασθενή. Άλλα κοινά παραδείγματα αγένειας περιλαμβάνουν τις επιπλήξεις μέσω email, τα συναισθηματικά ξεσπάσματα και ξεσπάσματα θυμού, η διακοπή της ομιλίας συναδέλφου, η διακοπή μιας συνάντησης ή συνεδρίας με άλλους συναδέλφους, η διάδοση φημών που βλάπτουν τους συναδέλφους, τα παρατσούκλια και η έκπτωση των εσόδων των άλλων σε οποιοδήποτε οργανωτικό επίπεδο συνεισφέρουν σε ένα εχθρικό επαγγελματικό περιβάλλον (Felblinger, 2008).

Σύμφωνα με τον Hershcovis (2011), οι διάφοροι όροι συμπεριλαμβανομένων του εκφοβισμού, της αγένειας, λεκτικής κακοποίησης, θυματοποίησης, ηθικής παρενόχλησης και επιθετικότητας, και όλοι οι όροι που έχουν προαναφερθεί στο κεφάλαιο αυτό, για το χώρο εργασίας έχουν μελετηθεί στον τομέα κακομεταχείρισης στον χώρο εργασίας. Ο Hershcovis πιστεύει ότι αυτοί οι όροι προκαλούν ελάχιστα διαφορετικό αντίκτυπο. Δηλαδή τα κοινά σημεία σε όλους αυτούς τους όρους είναι πιο σημαντικά από τις διαφορές τους. Για το σκοπό της παρούσας μελέτης, ο εκφοβισμός ή η κακομεταχείριση ή η βία θα αναφέρεται σε οποιαδήποτε δυσάρεστη συμπεριφορά στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών, είτε λεκτικά είτε με άλλο τρόπο, με αποτέλεσμα μια ποικιλία οδυνηρών συνεπειών (Hershcovis, 2011).

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ

Έρευνες έχουν δείξει πως οι πιο κοινές μορφές βίας στους χώρους που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας, είναι η λεκτική βία με τα υψηλότερα ποσοστά, έπειτα ακολουθεί ο εκφοβισμός-mobbing και τέλος η σωματική βία. Επιπλέον, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος του εκφοβισμού προέρχεται από τους συγγενείς των ασθενών (Teymourzadeh et al., 2014).

Παρομοίως σε άλλη μελέτη έχει βρεθεί πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έχουν βιώσει οι ίδιοι προσωπικά οριζόντια βία με βαθμολογίες άνω του 70%, όπου περιλαμβάνονταν συμπεριφορές όπως τα "πισώπλάτα μαχαιρώματα" (77%), η αποτυχία σεβασμού της ιδιωτικής ζωής των συναδέλφων (76%), τα μη λεκτικά αρνητικά υπονοούμενα (72,2%), και οι αντιπαραθέσεις μεταξύ συναδέλφων (72.1%). Η μόνη συμπεριφορά που δεν βεβαιώνεται από την πλειοψηφία είναι το σαμποτάζ (28,4%) (Walrafen, Brewer & Mulvenon, 2012).

Εν συμφωνία με τις προαναφερθείσες έρευνες, η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας (AACN) αναφέρει ότι η κακοποίηση-βία μπορεί να λάβει τη μορφή κι άλλων διαφόρων συμπεριφορών εκφοβισμού, όπως η περιφρονητική γλώσσα, η ανυπομονησία, τα ξεσπάσματα θυμού, η απροθυμία ή άρνηση απάντησης σε ερωτήσεις, η απειλητική γλώσσα του σώματος και η φυσική επαφή. Η συναισθηματική επίδραση της κακοποίησης διαφθείρει τους ανθρώπους και μπορεί να αφήσει το θύμα να αισθάνεται προσωπικά ή / και επαγγελματικά κακοποιημένο, υποτιμημένο, ή ταπεινωμένο (American Nurses Association, 2006).

Οι Rayner και συν. (2002) περιγράφουν πέντε κατηγορίες εκφοβισμού, που συμπεριλαμβάνουν πράξεις παρόμοιες με τις προηγούμενες, όπως η μείωση/υποβάθμιση, ο επαγγελματικός εξευτελισμός και η μη αναγνώριση της καλής δουλειάς (Rayner, 2002; Randle, 2003). Επίσης άλλες πράξεις που σχετίζονται με αρνητικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν την ανάθεση υπερβολικού φόρτου εργασίας χωρίς νόημα, την επίκριση και την αφαίρεση της ευθύνης μιας πράξης από το άτομο αυτό (Μπακάλης, 2015). Πιο πιθανό συνήθως είναι να περιλαμβάνουν λεκτική κακοποίηση, συνεχής κριτική, ταπεινωτικές παρατηρήσεις, εκφοβισμό, απειλή βλάβης, σωματική επίθεση, σεξουαλική παρενόχληση και υπονόμηση, καθώς και πιο λεπτές συμπεριφορές όπως η άρνηση συνεργασίας, η παρακράτηση κλινικών πληροφοριών, η διάθεση βοήθειας σε συνάδελφο, η παρεμπόδιση

απόδοσης και η δυσκολία στο έργο του άλλου. Λιγότερο συχνά εμφανίζεται σε αυτές τις συμπεριφορές η σωματική βία (Hutchinson & Jackson, 2013).

Το θύμα του εκφοβισμού μπορεί να υποβάλλεται σε αδικαιολόγητο φόρτο εργασίας, μη ρεαλιστικές προθεσμίες και υπερβολική εποπτεία της εργασίας τους (Quine 2001; Yildirim & Yildirim 2007). Επιπλέον, μπορεί να αποσταθεροποιηθεί η επαγγελματική τους ιδιότητα βάζοντας τους να κάνουν αγγαρείες ή εργασίες που είναι κάτω από το επίπεδο των ικανοτήτων τους ή αφαιρώντας βασικούς τομείς ευθύνης από αυτούς (Moayed, Daraishen, Shell and Salem, 2006; Quine 2001; Yildirim & Yildirim 2007; Zapf and Einarsen 2005). Η συνεχής κριτική της εργασίας ενός ατόμου, η κριτική για την προσωπική εμφάνιση και τις απόψεις του είναι ένα άλλο είδος εκφοβιστικής συμπεριφοράς που αναφέρεται από τους νοσηλευτές (Stevens, 2002).

Η άγνοια προς τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα του θύματος φαίνεται να είναι ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίνονται στο περιστατικό τόσο το προσωπικό όσο και ο οργανισμός (Stevens, 2002).

ΕΚΦΟΒΙΣΤΕΣ

Όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο (αριθμός κεφαλαίου-ορισμοί), εκφοβιστές ονομάζονται τα άτομα εκείνα που επιλέγουν να καταχρούνται τη δύναμη που κατέχουν ή/και να επιδίδονται σε εχθρικές συμπεριφορές απέναντι σε συναδέλφους ή άλλα άτομα στον επαγγελματικό τους χώρο. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις ο εκφοβισμός πηγάζει από την κατάχρηση της εξουσίας. Πέρα από αυτό πρέπει να κοιτάξουμε μεταβλητές όπως το ποιος έχει την εξουσία, γιατί κάποιος έχει την εξουσία αλλά και τις συνέπειες που υπάρχουν όταν κάποιος έχει την εξουσία και όταν υπόκειται σε αυτή (Bruder, 2001). Οι αυτουργοί-υποκινητές αυτών των εχθρικών κλινικών συμπεριφορών στο νοσηλευτικό πλαίσιο μπορούν να περιλαμβάνουν άλλους νοσηλευτές, ιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας (Hutchinson & Jackson, 2013). Η πλειοψηφία των περιστατικών σωματικής βίας κατά των νοσηλευτών περιλαμβάνουν συνήθως τους ασθενείς ή τους συγγενείς, ενώ τα περιστατικά της έμμεσης βίας κατά των νοσηλευτών αφορούν κυρίως το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου (Karatza, Zyga, Tziaferi, & Prezerakos, 2016). Οι ασκούντες τον εκφοβισμό μπορούν να απειλήσουν την κοινωνική θέση ενός ατόμου μέσω λεκτικών και σωματικών απειλών και επιθετικότητας, καθώς και διαδίδοντας φήμες (Moayed, Daraishen, Shell and Salem, 2006; Quine 2001; Yildirim & Yildirim 2007). Άλλη μία από τις μορφές εκφοβισμού που χρησιμοποιούν, είναι η κοινωνική απομόνωση, η οποία εκδηλώνεται με πράξεις όπως η παρακράτηση πληροφοριών, η αγνόηση ενός προσώπου, η

μη επιστροφή τηλεφωνικών κλήσεων ή μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) και μέσων μαζικής δικτύωσης (facebook, twitter) (Moayed, Daraishen, Shell and Salem, 2006; Quine 2001; Zapf and Einarsen 2005). Βιβλιογραφικά αναφέρεται πως οι γυναίκες εκφοβίζουν πιο συχνά από ότι οι άντρες νοσηλευτές, αυτό διότι ο αριθμός τους είναι μεγαλύτερος αφού η νοσηλευτική θεωρείται γυναικοκρατούμενο επάγγελμα (Rowe & Sherlock, 2005).

Τα άτομα που ασκούν τον εκφοβισμό μπορούν να σχεδιάζουν σχολαστικά τη στοχοποίηση των θυμάτων, το πότε θα ασκηθεί εκφοβισμός στο θύμα και το πως θα συνεχιστεί αυτή η καταχρηστική συμπεριφορά. Επιπλέον, το άτομο που εκφοβίζει πολλές φορές σκοπεύει στρατηγικά να εμπλέξει άλλους υπαλλήλους στις συμπεριφορές εκφοβισμού, είτε οικειοθελώς είτε με εξαναγκασμό ώστε να δράσουν εκφοβιστικά. Πολύ συχνά αυτοί οι συνεργοί συμμαχούν με αυτούς που εκφοβίζουν, λόγω του φόβου πως θα είναι το επόμενο θύμα (Murray, 2009). Έχει παρατηρηθεί πως το χρόνιο εχθρικό εργασιακό περιβάλλον που δημιουργείται από το κλίμα του εκφοβισμού, ο φόβος του να γίνει κάποιος ο επόμενος στόχος και η αδυναμία να βοηθήσει το θύμα οδηγούν σε χρόνια ανησυχία χαμηλού επιπέδου μεταξύ των ατόμων που έχουν γίνει μάρτυρες εκφοβισμού (Einarsen and Mikkelsen 2003). Η βιβλιογραφία γύρω από την οριζόντια βία στον εργασιακό χώρο αποκαλύπτει ότι τα άτομα αυτά, οι συνεργοί δηλαδή, τείνουν να μιμούνται τις συμπεριφορές των μελών της ομάδας που θέλουν να εμπλακούν, ως έναν τρόπο για να γίνουν αποδεκτά από τα μέλη αυτής της ομάδας. Αναλυτικότερα, όταν στο περιβάλλον εργασίας υπάρχει κακοποίηση μεταξύ των εργαζομένων, άτομα που παρέμεναν αμέτοχα στην κακοποίηση, τείνουν να μιμηθούν τη συμπεριφορά των ατόμων που ασκούν τον εκφοβισμό, για να καταστείλουν το συναίσθημα του φόβου τους ώστε να μην υπάρξουν οι ίδιοι θύματα των εκφοβιστών (Walrafen, Brewer & Mulvenon, 2012).

Μερικοί δήλωσαν συγκλονισμένοι όταν ανακάλυψαν ότι συνέβαλαν ακούσια ή μη, σε μια κουλτούρα εκφοβισμού από τις πράξεις τους. Κάποιοι αρνήθηκαν τα αποτελέσματα και εξέφρασαν την άποψη ότι η νοσηλευτική ήταν πάντα έτσι και αν οι νοσηλευτές δεν μπορούσαν να το αντέξουν τότε θα έπρεπε να αποχωρήσουν από το επάγγελμα (Stevens, 2002).

Αυτή η σιωπηλή επιδημία στη νοσηλευτική συνήθως καθοδηγείται από την ανάγκη του δράστη να έχει τον πλήρη έλεγχο ενός ατόμου, ανεξάρτητα από τον πόνο και την οδύνη που προκαλούνται στο θύμα (Murray, 2009).

ΘΥΜΑΤΑ

Θύμα θεωρείται το άτομο που βιώνει τουλάχιστον δύο αρνητικές πράξεις, εβδομαδιαία ή πιο συχνά, για έξι μήνες ή περισσότερο, όταν το άτομο στόχος δυσκολεύεται να υπερασπιστεί ή να σταματήσει την κακοποίηση (Lutgen-Sandvik, Tracy, & Alberts, 2007; Johnson 2009).

Έχει πολλές φορές τεθεί το ερώτημα αν υπάρχει ένα ψυχολογικό profile που προκαθορίζει ποια άτομα μπορούν να βρεθούν στη θέση του θύματος. Οποιοσδήποτε μπορεί να πέσει θύμα εκφοβισμού στο χώρο που εργάζεται, αν και πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι αυτά τα προβλήματα αφορούν σε ευάλωτα ή με μια ιδιαίτερη παθολογία άτομα. Μελετώντας τον τομέα της ηθικής παρενόχλησης και τη διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων αυτής, η Hirigoyen (2002) επισημαίνει πως «αν δεν υπάρχει χαρακτηριστικό ψυχολογικό προφίλ των ατόμων που παρενοχλούνται, υπάρχουν αναμφισβήτητα κάποια επαγγελματικά πλαίσια που η ηθική παρενόχληση αναπτύσσεται ευκολότερα. Υπάρχουν επίσης καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να βρεθούν στο στόχαστρο». Η Hirigoyen έρχεται να ενισχύσει αυτή τη θέση λέγοντας πως «σήμερα η εργασία έχει γίνει ένας απρόσωπος μηχανισμός που απαιτεί αποτελέσματα».

Ένας μεγάλος αριθμός νοσηλευτών ο οποίος έπεσε θύμα εκφοβισμού είχε αισθητά χαμηλότερα επίπεδα αυτονομίας, εποπτικής υποστήριξης, υποστήριξης από έναν μέντορα, συνοχής της ομάδας, ίσης κατανομής δικαιοσύνης, προώθησης των ευκαιριών και διαδικαστικής δικαιοσύνης σε σχέση με εκείνους που δεν παρουσίασαν λεκτική βία από συναδέλφους (Budin, Brewer, Chao & Kovner, 2013).

Τα άτομα που μπορούν να στοχοποιηθούν και να γίνουν θύματα εκφοβισμού είναι αυτά που διαφέρουν από μία ομάδα ατόμων που έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι το φύλο, η εθνικότητα, η εκπαίδευση, η εμπειρία ή το επίπεδο του επαγγελματισμού αλλά και κάποια ατομικά χαρακτηριστικά (Lewis, 2006; Vessey, Demarco, Gaffney & Budin, 2009). Επίσης άτομα με ψυχολογικά προβλήματα υγείας είναι πιο επιρρεπή στο να δεχθούν κάποιου είδους κακοποίηση (Nielsen, Magerøy, Gjerstad and Einarsen, 2014).

Ενώ σε άλλες μελέτες βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν αυξημένες πιθανότητες να υποστούν σεξουαλική βία. Άτομα με χαμηλό ύψος και βάρος είχαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης ψυχολογικής, λεκτικής και σεξουαλικής βίας αντίστοιχα (Koukia

et al., 2014). Ενώ, οι Kivimaki, Elovainio και Vahtera (2000), ανακάλυψαν ότι τα θύματα του εκφοβισμού μπορεί να έχουν υψηλότερη μάζα σώματος, να πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια και ότι έχουν μεγαλύτερα ποσοστά απουσίας για ιατρικούς και μη λόγους από το υπόλοιπο προσωπικό. Από τους ίδιους επίσης υποστηρίζεται πως τα θύματα του εκφοβισμού μπορούν συνήθως να υπερβάλλουν και να αυτο-περιγράφονται ως πολύ "σκληρά" εργαζόμενα άτομα.

Κινδυνεύουν περισσότερο οι εργαζόμενοι να γίνουν στόχος παρενόχλησης όταν γι' αυτό που είναι ενοχλούν ένα άλλο άτομο ή την ισορροπία της ομάδας. Τέτοιοι είναι:

1. Τα άτομα που δεν έχουν τα τυπικά χαρακτηριστικά της ομάδας
2. Τα πολύ ικανά άτομα
3. Αυτοί που αντιστέκονται στη χειραγώγηση
4. Αυτοί που δεν έχουν τις καλές συμμαχίες ή δεν είναι "δικτυωμένοι"
5. Οι προστατευμένοι υπάλληλοι
6. Τα λιγότερο αποδοτικά άτομα
7. Άτομα που περνούν μια δύσκολη φάση
8. Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση
9. Η επιτακτική ανάγκη αναγνώρισης
10. Τα υπερβολικά ευσυνείδητα άτομα
11. Τα πολύ αφοσιωμένα στη δουλειά τους άτομα
12. Τα ευαίσθητα άτομα

Στην αναφορά του RCN βρέθηκε πως ένας στους έξι νοσηλευτές είχαν υποστεί εκφοβισμό από έναν συνάδελφο μέσα στο περασμένο έτος, αλλά μόνο το 6% των ατόμων που είχαν υποστεί εκφοβισμό, έκαναν επίσημη αναφορά του περιστατικού. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί νοσηλευτές είναι θύματα εκφοβισμού αλλά παραμένουν σιωπηλοί, κάτι που είναι χαρακτηριστικό των θυμάτων (Randle, 2003). Η πιθανότητα για έναν προϊστάμενο να αναφέρει τον εαυτό του/της ως θύμα εκφοβισμού αυξάνεται μεταξύ γυναικών που έχουν διευθυντικές θέσεις και έχουν παιδιά κάτω των 15 ετών στο σπίτι, μεταξύ των ατόμων που εργάζονται τη νύχτα, αυτών που πάσχουν από εργασιακό άγχος, αυτών που απολαμβάνουν λίγη ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας τους, και από αυτούς που δεν

λαμβάνουν τις ευκαιρίες για τις προαγωγές στις εργασίες τους (Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez and Leal-Millán, 2014).

Εδώ βέβαια, πρέπει να σημειώσουμε πως στο σύνολο της η βιβλιογραφία διαμερίζεται. Υπάρχουν έρευνες όπου τα χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η εθνικότητα που δεν σχετίζονται με την συχνότητα του εκφοβισμού (De Keyser, et al., 2015).

ΑΙΤΙΑ

Κουλτούρα εκφοβισμού

Η νοσηλευτική υπό τη Florence Nightingale, αναπτύχθηκε ως ένα πολύ ιεραρχικό σύστημα, όπου η υποταγή ήταν «αναμενόμενη, ενθαρρυνόμενη ,αληθής, απαιτούμενη» (Reverby, 2005). Η νοσηλευτική παραμένει ιεραρχική στη φύση της, και αρκετοί συγγραφείς αναφέρουν το γεγονός αυτό ως ένα παράγοντα που επέτρεψε να διαιωιστεί η κουλτούρα του εκφοβισμού στο νοσηλευτικό επάγγελμα (Curtis, Bowen and Reid, 2007; Daiski, 2004; Farrell 2001). Οι συμπεριφορές εκφοβισμού μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ενισχυθούν οι κανόνες και οι νόρμες, και να εξουδετερωθούν οι νοσηλευτές εκείνοι που αμφισβητούν το κατεστημένο. Ως εκ τούτου ο εκφοβισμός χρησιμοποιείται ως εργαλείο διατήρησης της τάξης και ενίσχυσης των ήδη υφιστάμενων δομών εξουσίας (Daiski 2004; Hutchinson, Vickers, Jackson and Wilkes, 2006).

Οι νέοι νοσηλευτές που κοινωνικοποιούνται σε αυτή την κουλτούρα του εκφοβισμού ως φοιτητές και νέο προσλαμβανόμενοι, παρόλο που μπορεί να έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού, συχνά μετατρέπονται στα άτομα που εκφοβίζουν αποκτώντας δύναμη και κύρος εντός του οργανισμού (Curtis, Bowen and Reid, 2007; Daiski 2004; Farrell 2001; Lewis 2006; McKenna, Smith, Poole and Coverdale, 2003). Ο Lewis (2006) υποστηρίζει πως ο εκφοβισμός δεν προκαλείται από ψυχικές ανεπάρκειες εντός του θύτη αλλά ότι είναι μία συμπεριφορά που οι νοσηλευτές μαθαίνουν μεταξύ τους (Johnson, 2009).

Έχει βρεθεί πως ο εκφοβισμός αποτελεί κοινοτοπία στη μετάβαση από το φοιτητικό στάδιο στο στάδιο της εργασίας ως νοσηλευτές. Η ενσωμάτωση τέτοιων κανόνων νοσηλευτικής σημαίνει ότι οι μαθητές, στη συνέχεια, θα τρομοκρατούν τους επόμενους.

Ο εκφοβισμός και οι επιπτώσεις του στην αυτοεκτίμηση, διαιωνίζονται μέσα από τις νοσηλευτικές πρακτικές. Γι' αυτό η αυτοεκτίμηση των μαθητών τείνει να είναι πάντα χαμηλή (Randle, 2003).

Από τη συλλογή της μη-νοσηλευτικής βιβλιογραφίας, βρέθηκε πως ένας αριθμός περιβαλλοντικών παραγόντων σχετίζονται άμεσα με τον εκφοβισμό, όπως η έλλειψη ηγεσίας και η έλλειψη συνοχής της ομάδας, η διαδικαστική δικαιοσύνη, οι συγκρούσεις ρόλων και οι αγχωτικές καταστάσεις (Yokoyama et al, 2016).

Αναφορικά, μερικοί από τους παράγοντες που κάνουν τους νοσηλευτές να υφίστανται επαγγελματικό εκφοβισμό περιλαμβάνουν, την στενή αλληλεπίδραση με τους ασθενείς και την οικογένειά τους, το υψηλό επίπεδο του στρες στην κλινική φροντίδα, τα περιβάλλοντα που δεν διαθέτουν επαρκή αριθμό νοσηλευτών ανάλογο με τις υπηρεσίες που τους αναθέτονται (με αποτέλεσμα να υπάρχουν στρεσογόνες συνθήκες για τους ασθενείς και το προσωπικό), την κυριαρχία του γυναικείου φύλου μεταξύ των νοσηλευτών, κενά στον τομέα της ασφάλειας στο χώρο εργασίας στα περισσότερα νοσοκομεία, μεταφορές μεταξύ των τομέων, στρεσογόνες συνθήκες από τους συγγενείς των ασθενών (π.χ. περιμένοντας να επισκεφθούν ένα ιατρό). Τα νυχτερινά ωράρια, αποτελούν επίσης παράγοντα έκθεσης σε εκφοβισμό. (Oztunc, 2006; Khademi, Mohammadi, Vanaki, 2012; Khademloo, Moonesi, Gholizade, 2013; Teymourzadeh et al., 2014). Νοσηλευτές που πραγματοποιούν πρωινές και νυχτερινές βάρδιες, φαίνεται πως εκτίθενται περισσότερο σε περιστατικά σωματικής βίας σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονται μόνο τις πρωινές βάρδιες (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015).

Οι Hoel και Cooper εντόπισαν πέντε κύριους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε φαινόμενα εκφοβισμού. Αυτά είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά, η κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ δύο (ή περισσότερων) ατόμων στη δυναμική της ομάδας, το περιβάλλον εργασίας, την κοινωνία και την πολιτική σκηνή (Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez and Leal-Millán, 2014).

Ατομικά Χαρακτηριστικά

Ορισμένες μελέτες έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν ορισμένους μεμονωμένους παράγοντες όπως το φύλο, την ηλικία, την συνολική εμπειρία και τα χρόνια υπηρεσίας, η μόνιμη θέση εργασίας και η κατηγορία του προσωπικού στην οποία ανήκει το άτομο, που θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο για να γίνει κάποιος θύμα ή θύτης. Παρουσία ή απουσία αυτών των παραγόντων επηρεάζει τα φαινόμενα εκφοβισμού

(Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez and Leal-Millán, 2014; Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015; Abed, Morris & Sobers-Grannum 2016).

Σχετικά με το φύλο υπάρχουν έρευνες, όπως αυτή των Abed, Morris και Sobers-Grannum (2016), που υποστηρίζουν πως οι γυναίκες βιώνουν πιο συχνά εκφοβιστικές συμπεριφορές, και κατά συνέπεια είναι πιο ανήσυχες σε θέματα βίας, από ότι οι άντρες και από ότι το ιατρικό προσωπικό. Σε έρευνα της Pompeii και των συνεργατών της, αναφορικά με τον παράγοντα "ηλικία", προκύπτει ότι, ανεξάρτητα από τον υπο- τύπο της βίας, εκείνοι που βρίσκονται κάτω από την ηλικία των 61 ετών αναφέρουν υψηλότερη επίπτωση περιστατικών βίας, με τα νεότερα ηλικιακά γκρουπ (18-40 έτη) να βρίσκονται σε ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο. Οι συμμετέχοντες στις εργασίες που περιλαμβάνουν την άμεση φροντίδα των ασθενών έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν κάποια σωματική επίθεση. Αυτοί που συμμετείχαν στην έρευνα και ήταν κάτω από την ηλικία των 40 είχαν περίπου τέσσερις φορές μεγαλύτερη επίπτωση σωματικών επιθέσεων από ότι οι εργαζόμενοι πάνω από τα 60 έτη. Σύμφωνα με την έρευνα των Alameddine, Mourad και Dimassi (2015), οι νοσηλευτές που ανέφεραν ότι έχουν υποστεί σωματική βία έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι άνδρες και ηλικίας κάτω των 34 χρονών. Οι νεότεροι νοσηλευτές σε αυτή τη μελέτη (ηλικίας 34 χρονών ή λιγότερο) είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν υποβληθεί και στις δύο μορφές βίας, ένα εύρημα που συνάδει με άλλες μελέτες. Αυτή η συσχέτιση υποστηρίζεται περαιτέρω από ένα άλλο εύρημα που σχετίζεται με την προυπηρσία. Όπου νοσηλευτές με λιγότερα έτη εμπειρίας (λιγότερα από εννέα) ήταν πιο πιθανό να εκτεθούν σε βίαια περιστατικά. Η αυξημένη επικράτηση της βίας στον χώρο εργασίας σε όλο το φάσμα των υπό - τύπων στους νεότερους εργαζόμενους δείχνει ότι οι πιο νέοι επαγγελματίες είναι πιο πιθανό να γίνουν θύματα εκφοβισμού. Το γεγονός θα μπορούσε να αποδοθεί στην απειρία των νεότερων νοσηλευτών να διαχειρίζονται βίαιες καταστάσεις ή θα μπορούσε να αποδοθεί στην " επίδραση του υγιούς νοσηλευτή", όπου νοσηλευτές που δεν αντιμετώπισαν βία ή είναι καλύτεροι στο να αποφεύγουν βίαια επεισόδια, έχουν μία ισχυρή ροπή να παραμείνουν στο ενεργό εργατικό δυναμικό. Οι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη ηλικία, μπορεί να αποδέχονται αυτά τα γεγονότα με αποτέλεσμα να τα αναφέρουν λιγότερο, ή μπορεί να είναι ικανότεροι στην αποκλιμάκωση τέτοιων επιθέσεων και συμπεριφορών (Pompeii et al., 2015; Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015).

Μία εξήγηση για το πως η έκθεση στην κακοποίηση μπορεί να σχετιστεί με ψυχολογικούς παράγοντες είναι ότι ο εκφοβισμός δρα μέσω γνωστικών παραγόντων όπως

είναι η απόδοση και η διερμηνεία. Αυτό σημαίνει ότι η επιρροή που έχει ο εκφοβισμός πάνω στην υγεία ενός ατόμου έχει να κάνει με το πως το άτομο βιώνει, αξιολογεί και κατανοεί την έκθεση του στον εκφοβισμό (Nielsen et al., 2012; Nielsen, Magerøy, Gjerstad and Einarsen, 2014). Σύμφωνα με αυτό, έχει προταθεί επιπλέον, ότι ο εκφοβισμός μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της έλλειψης ελέγχου που αισθάνονται κάποιοι νοσηλευτές, οι οποίοι για να αντισταθμίσουν αυτό το αρνητικό συναίσθημα, προσπαθούν να αποκτήσουν τον έλεγχο εκφοβίζοντας τους συναδέλφους τους (Stevens, 2002). Στην πραγματικότητα, νοσηλευτές που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο πιθανόν να εκφράσουν την αγανάκτησή τους εκφοβίζοντας τους άλλους νοσηλευτές (Rowe & Sherlock, 2005). Με παρόμοιο τρόπο μπορούν οι νοσηλευτές που έχουν χάσει την ταυτότητα τους εξαιτίας της συμμόρφωσης στις οργανωτικές ανάγκες, που γενικά εμφανίζονται με μη αναγνωρίσιμο τρόπο, να συμβάλλουν χωρίς οι ίδιοι να το αναγνωρίζουν στη διαδικασία του εκφοβισμού (Tsunpo et al., 2015).

Κατά τη διάρκεια αυτών των περιστατικών εκφοβισμού, γίνεται αντιληπτή μια ανισορροπία και κατάχρηση εξουσίας μεταξύ του δράστη και του θύματος και η ανεπαρκής υποστήριξη και η αδυναμία του θύματος να υπερασπιστεί τον εαυτό του / της από τέτοια επιθετικότητα δεν του επιτρέπει να αντιμετωπίσει τις αρνητικές συνέπειες του εκφοβισμού, την σωματική ή λεκτική βία, τα προσβλητικά σχόλια και την έντονη πίεση (Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez and Leal-Millán, 2014).

Δυναμική ομάδας

Στον τομέα της νοσηλευτικής, οι νοσηλευτές ενδέχεται να αντιμετωπίσουν λεκτική κακοποίηση, λόγω της υποκειμενικά υποδεέστερης κατάστασής τους, όταν συγκρίνεται με αυτήν των ιατρών. Αυτή, η πολλές φορές μη ορατή, καταπίεση από το ιατρικό προσωπικό μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές να ανταγωνίζονται μεταξύ τους, επειδή η άμεση σύγκρουση με τους πραγματικούς καταπιεστές είναι άκρως ριψοκίνδυνη. Ο αντίκτυπος στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι μεγάλος και φέρει ένα τεράστιο συνολικό κόστος (Rowe & Sherlock, 2005).

Η πλευρική βία εμφανίζεται μέσα σε περιθωριοποιημένες ομάδες, όπου τα μέλη αλληλοσυγκρούονται ως αποτέλεσμα της καταπίεσης που έχουν δεχθεί. Οι καταπιεσμένοι γίνονται οι καταπιεστές του εαυτού τους και των υπολοίπων μεταξύ τους. Η πλευρική βία αποτελεί ένα κατασκευάσμα που χρησιμοποιείται για να εξηγήσει τη βία μειονότητας-σεμειονότητα στα ανεπτυγμένα έθνη (American Nurses Association, 2006).

Η οριζόντια βία περιλαμβάνει μία ευρύτερη αντίληψη του γιατί οι καταπιεσμένες ομάδες, όπως οι νοσηλευτές, κατευθύνουν τις συμπεριφορές εκφοβισμού προς το εσωτερικό/μεταξύ τους (inwards). Πλαίσια όπου οι νοσηλευτές συλλογικά κρίνουν τους εαυτούς τους ανάμεσα, μεταφέρουν μία ομαδική αίσθηση ματαιότητας που μπορεί να διεισδύσει σε όλο το νοσηλευτικό επάγγελμα. (Reeve, 2000; Randle, 2003).

Οργανωτικά- Εργασιακά

Με βάση τα παραπάνω, υπάρχει ο κίνδυνος ότι η συνεχιζόμενη χρήση του μοντέλου της "καταπιεσμένης ομάδας» ως το πρωταρχικό μέσο κατανόησης εκφοβισμού εντός της νοσηλευτικής παράγει μια εικόνα ότι ο εκφοβισμός αποτελεί αναπόσπαστη επαγγελματική πραγματικότητα για τους νοσηλευτές. Αυτό χρησιμεύει ώστε να εστιαστεί η προσοχή στη συμπεριφορά μεταξύ των νοσηλευτών και μακριά από το εργασιακό περιβάλλον όπου παραβλέπονται και διαιωνίζονται οι πρακτικές κακοποίησης. Με το να συνεχίζουμε να θεωρούμε εννοιολογικά τον εκφοβισμό ως εγγενές χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής, διατρέχουμε τον κίνδυνο της παθητικής αποδοχής ότι ο εκφοβισμός είναι ένα χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής, και όχι αυτό που πραγματικά είναι - μια καταχρηστική και επιβλαβή δραστηριότητα που διαιωνίζεται μέσα στους οργανισμούς (Hutchinson, Vickers, Jackson, & Wilkes, 2006). Επιπλέον, υπάρχουν ακόμη ερευνητές που υποστηρίζουν πως ο εκφοβισμός στον εργασιακό χώρο δεν είναι παρά απλώς μια διαδεδομένη μορφή διαπροσωπικής σύγκρουσης και όχι ένα πρόβλημα ανάμεσα σε μία ορισμένη και διακριτή επαγγελματική ομάδα (Kivimäki, Elovainio & Vahtera, 2000).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες - αίτια που μπορούν να οδηγήσουν σε πράξεις εκφοβισμού στα πλαίσια της οργάνωσης. Ένα χαρακτηριστικό των οργανισμών που μπορεί να ενθαρρύνει τον εκφοβισμό είναι η αστάθεια. Ο εκφοβισμός είναι πιο πιθανό να συμβεί όταν ο χώρος εργασίας αναδιαρθρώνεται ή μικραίνει σε αριθμό (Hoel and Salin 2003; Ironside and Seifert 2003). Η αλλαγή αποτελεί σταθερά για τους σύγχρονους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που καθιστά πιο ευάλωτους τους νοσηλευτές στον εκφοβισμό (Hutchinson, Vickers, Jackson and Wilkes, 2006). Σε μία μελέτη νοσηλευτών στην Αυστραλία περιγράφεται πως η διαδικασία αλλαγής χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο τρομοκρατίας αλλά και ως εργαλείο να κρύψει αυτόν τον εκφοβισμό. Οι πιέσεις από τη διοίκηση προς τους νοσηλευτές να αυξήσουν τον φόρτο εργασίας, και να είναι πιο αποδοτικοί και παραγωγικοί, είναι επίσης χαρακτηριστικά των οργανισμών που συμβάλλουν στη δημιουργία ενός κλίματος εκφοβισμού (Farrell, 2001; Hutchinson, Vickers, Jackson, & Wilkes, 2006; Lewis, 2006) και αυτό λέγεται ότι έχει ως

αποτέλεσμα την εμφάνιση μίας αυξημένης τάσης προς στον εκφοβισμό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπλέον η εξωτερική πίεση είναι συνήθως υπεύθυνη για την ανάγκη των εργαζομένων να βρίσκουν τον αποδιοπομπαίο τράγο για τα λάθη (Stevens, 2002).

Επιπρόσθετα, η έλλειψη προσωπικού μπορεί να οδηγήσει σε επιθέσεις κατά του προσωπικού, διότι οι ασθενείς ή η οικογένεια μπορεί να πιστεύουν πως δεν έλαβαν έγκαιρη φροντίδα ή υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Μπορεί έτσι να προκύψουν λάθη στη θεραπεία που μπορούν με τη σειρά τους εύκολα να καταλήξουν σε συγκρούσεις μεταξύ προσωπικού και ασθενών (Zhao et al., 2015). Ένας ακόμα παράγοντας που οδηγεί στον εκφοβισμό είναι το μη ασφαλές κλίμα εργασίας μέσα στον οργανισμό. Σύμφωνα με τον Leymann, οι οργανωτικοί παράγοντες παραμένουν οι κύριες αιτίες του εκφοβισμού, και ένα πλήθος ερευνών επιβεβαιώνει πως ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας τείνει να επικρατεί σε φτωχά εργασιακά περιβάλλοντα. Το ψυχοκοινωνικό ασφαλές κλίμα εργασίας, που ορίζεται ως «οι πολιτικές, πρακτικές και διαδικασίες του οργανισμού για τη διασφάλιση της ψυχοκοινωνικής υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων» αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την ανάπτυξη εκφοβισμού μέσα στην υπηρεσία (Tsunoo et al., 2015).

Άλλα θέματα που προκύπτουν από την εξέταση της βιβλιογραφίας ως πιθανά αίτια, είναι αρχικά ότι, παρά το γεγονός ότι το φορτίο της φροντίδας του ασθενούς πέφτει σε μεγάλο βαθμό στους ώμους των νοσηλευτών, οι νοσηλευτές πιστεύουν πως η γνώση τους και οι δεξιότητες τους δεν αναγνωρίζονται στα περιβάλλοντα εργασίας τους, ιδιαίτερα από το ιατρικό προσωπικό. Θεωρούν ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στην υγειονομική ομάδα αγνοείται και ότι η νοσηλευτική πρακτική θεωρείται μια επέκταση του ιατρού. Οι νοσηλευτές είναι δυσαρεστημένοι από το γεγονός πως οι ιατροί δεν συμμερίζονται τη γνώμη τους ή δεν αποζητούν την βοήθειά τους (Vagharseyyedin, 2016).

Οι νοσηλευτές κρίνουν πως η εξηρητημένη φύση των ρόλων των νοσηλευτών και η έλλειψη αυτονομίας στον χώρο εργασίας οδήγησε, σε πολλές περιπτώσεις σε ασεβής συμπεριφορά προς αυτούς. Κατά την άποψή τους, όταν οι νοσηλευτές υποτίθεται ότι πρέπει μόνο να εκτελούν μόνο τις οδηγίες του ιατρού, δεν μπορούν να περιμένουν από τους άλλους να τους εκτιμούν και να τους σέβονται ως επαγγελματίες (Vagharseyyedin, 2016).

Επίσης πιστεύουν πως δεν υπάρχει σαφή ορισμός των αρμοδιοτήτων και καθηκόντων τους. Επιπλέον, οι γιατροί, οι ασθενείς ή οι συνοδοί των ασθενών τρέφουν μια μη ρεαλιστική αντίληψη του πεδίου εφαρμογής της νοσηλευτικής πρακτικής και του φόρτου εργασίας. Ως εκ τούτου, αναμένουν από τους νοσηλευτές να κάνουν εργασίες που δεν εμπίπτουν στα καθήκοντά τους (Vagharseyyedin, 2016).

Τέλος σημαντικότερο αίτιο αποτελούν οι ανεπιθύμητες πρακτικές από την πλευρά της διοίκησης και τα προβλήματα διαχείρισης που περιγράφονται ως κακομεταχείριση στον χώρο εργασίας. Η "έλλειψη προσοχής" των υπευθύνων κι διευθυντών στις ανάγκες και στις ανησυχίες του προσωπικού αντανακλά μια αδιάφορη στάση προς τους νοσηλευτές και εντείνουν τα παράπονα για άδικες συμπεριφορές από ορισμένα στελέχη. Το προσωπικό περιμένει από τα διευθυντικά στελέχη να εφαρμόζουν τους κανόνες και κανονισμούς για όλους τους νοσηλευτές εξίσου και να αξιολογούν την απόδοσή τους με δικαιοσύνη (Vagharseyyedin, 2016).

Θεωρία της Απογοήτευσης και υποκειμενική κοινωνική κατάσταση (SSS)

Μια εξήγηση για το φαινόμενο του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, βασίζεται στην «υπόθεση/ θεωρία της απογοήτευσης», δηλαδή εκείνοι που βρίσκονται στις χαμηλότερες κοινωνικές θέσεις μέσα στις κοινωνικές ιεραρχίες που αναπτύσσονται, βιώνουν εντονότερα το αίσθημα της απογοήτευσης, ως αποτέλεσμα της περιφρόνησης και του εκφοβισμού που ασκούν οι ανώτεροι τους κοινωνικά, και/ ή ως αποτέλεσμα των συναισθημάτων ανασφάλειας που προέρχονται από δυσάρεστες και γεμάτες μίσος κοινωνικές συγκρίσεις με τους ανώτερους τους. Επιπλέον άτομα χαμηλότερα κοινωνικά μπορεί να εκτιμήσουν διαφορετικά ένα γεγονός από ότι άτομα που απασχολούν μία θέση κύρους, για παράδειγμα μπορεί να αντιληφθούν πως ότι τους συμβαίνει είναι άδικο ή είναι αποτέλεσμα κάποιας αδικίας εις βάρος τους. Με τη σειρά του αυτό, οδηγεί σε μεγαλύτερη απογοήτευση και σύγχυση και μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της επιθετικότητας, υπό τη μορφή εκφοβισμού σε άλλους με ακόμα χαμηλότερη θέση στην ιεραρχία. Η υποκειμενική κοινωνική κατάσταση (subjective social status- SSS), που ορίζεται ως η «ατομική αντίληψη της θέσης που κατέχει κάποιος στην κοινωνική ιεραρχία», έχει αποδειχθεί πως μπορεί να προβλέψει την κατάσταση υγείας ανεξαρτήτως από τους αντικειμενικούς δείκτες της κοινωνικοοικονομικής θέσης όπως το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα. Το μέγεθος στο οποίο το SSS μπορεί να προβλέπει τους αντικειμενικούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες θεωρείται πως συλλαμβάνει την επίδραση της

ψυχοκοινωνικής απογοήτευσης που οφείλεται στην χαμηλότερη κοινωνική θέση μέσα στην κοινωνική ιεραρχία.

Από έρευνες προκύπτει, ότι οι προσωρινοί υπάλληλοι είχαν σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση ως μάρτυρες εκφοβισμού από ότι οι μόνιμοι υπάλληλοι, ενώ άλλοι μη μόνιμοι υπάλληλοι δεν είχαν τέτοιου είδους αύξηση. Αυτό το αποτέλεσμα υποστηρίζει την υπόθεση της διαφοράς δύναμης. Μία πιθανή εξήγηση για αυτά τα αποτελέσματα είναι πως το SSS αντικατοπτρίζει καλύτερα -πέρα από την εκπαίδευση, την επαγγελματική κατάσταση και το εισόδημα- την ψυχολογική αίσθηση της ανασφάλειας ή ντροπής με το να βρίσκεται κάποιος σε χαμηλότερη κοινωνική θέση. Το SSS είναι από τη φύση του σχεσιακό/ συγκριτικό, διότι περιγράφει τη θέση του ενός ως υψηλότερη ή χαμηλότερη σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται γύρω του. Έτσι ακόμα και σε ένα σχεσιακά ομογενή πλαίσιο, για παράδειγμα κάπου όπου όλοι έχουν το ίδιο μορφωτικό επίπεδο ή το ίδιο εισόδημα, μπορεί να αναπτυχθεί κοινωνική ιεραρχία με βάση την ατομική αντιληπτή κατάσταση (status). Η χαμηλότερη κατάσταση υπό αυτήν την έννοια αποτελεί ισχυρότερο διαγνωστικό δείκτη για τη στοχοποίηση των θυμάτων συγκριτικά με τους παραδοσιακούς δείκτες της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Tsunpo et al., 2015).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στην έρευνα των Alameddine, Mourad και Dimassi (2015), προκύπτει πως υπάρχουν και από την πλευρά των ασθενών παράγοντες που τους ωθούν να καταφύγουν σε βία προς τους επαγγελματίες υγείας. Οι καθοριστικοί παράγοντες για την πρόκληση βίας από τους ασθενείς κατατάσσονται σε δύο διαφορετικές ομάδες : τα χαρακτηριστικά / προφίλ των ασθενών, το περιβάλλον εργασίας ή τα χαρακτηριστικά της Οργάνωσης.

Όσων αφορούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών, ως προγνωστικοί παράγοντες βίαιης συμπεριφοράς αναφέρονται, οι ψυχικές νόσοι, η κατάχρηση αλκοόλ / ουσιών και οι (υψηλές ή μη πραγματικές) προσδοκίες που τρέφουν οι ασθενείς για την φροντίδα.

Τα πιο βαρυσήμαντα οργανωτικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με βίαια επεισόδια είναι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής, ο συνωστισμός και το σύστημα διαλογής (triage). Επίσης, οι υπερβολικές πεποιθήσεις που τρέφουν οι ασθενείς για το επίπεδο της φροντίδας που πιστεύουν ότι πρέπει να τους παρέχεται.

Η έλλειψη σαφών πολιτικών για την καταπολέμηση της βίας, το κακό σύστημα ασφαλείας και η ανεξέλεγκτη κίνηση του κοινού στα νοσοκομεία, είναι παράγοντες που

συμβάλλουν στις επιθετικές συμπεριφορές και στάσεις από τους ασθενείς. Ακόμη, άλλοι σημαντικοί οργανωτικοί παράγοντες αποτελούν, η κακή ή ανεπαρκής κατανομή του προσωπικού, τα υψηλά επίπεδα τριβής μεταξύ έμπειρων νοσηλευτών, ο υψηλός φόρτος εργασίας καθώς και η ελλιπής κατάρτιση/ εκπαίδευση του προσωπικού. Ο τύπος του ιδρύματος (δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο) αναφέρεται επίσης να συμβάλλει στη βία, με τα δημόσια νοσοκομεία να έχουν μια υψηλότερη επικράτηση της βίας σε σύγκριση με τα ιδιωτικά (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015).

Επειδή οι νοσηλευτές, αντιμετωπίζονται συχνά ως «οι άνθρωποι που δεν θα ακούσουν τίποτα» και «οι άνθρωποι που δεν θα δεχθούν τίποτα», ο θυμός των ασθενών φαίνεται να εκδηλώνεται με τη μορφή της λεκτικής κακοποίησης ή βίας που απευθύνεται στους νοσηλευτές. Η τάση αυτή λέγεται ότι είναι ιδιαίτερα ισχυρή στην ψυχιατρική κλινική. Ο λόγος γι 'αυτό πιστεύεται ότι είναι η ύπαρξη πολλών παραγόντων που προκαλούν τους ασθενείς να γίνουν ευερέθιστοι, όπως το γεγονός ότι συνεχώς αναγκάζονται να προσαρμοστούν στο νοσοκομείο και να μοιράζονται τη ζωή τους με άλλους ασθενείς με τους οποίους υπάρχει έλλειψη συμπάθειας και επικοινωνίας, και ότι ακόμη και ασήμαντα θέματα τείνουν να προκαλέσουν επιθετική συμπεριφορά (Inoue et al., 2006).

ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΧΩΡΟ

Οι Westerman και Simmons (2007) δηλώνουν πως ο όρος "περιβάλλον εργασίας" αναφέρεται στην ατμόσφαιρα του χώρου εργασίας και περιλαμβάνει τους τρόπους για έναν οργανισμό να διατηρεί το οργανωτικό του σύστημα, τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων, τις ευκαιρίες για ανάπτυξη μέσω της βελτιωμένης αυτονομίας καθώς και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων που σχετίζονται με την εργασιακή απόδοση (Kim et al., 2015).

Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας συνήθως επικρατεί σε επαγγέλματα με χαμηλότερο κύρος- εξουσία (όπως οι χειρονακτικές εργασίες) από ότι σε επαγγέλματα με μεγαλύτερο κύρος (όπως η διαχείριση και η διεύθυνση υπηρεσιών). Προηγούμενες μελέτες αναφέρουν μεγαλύτερη επικράτηση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας μεταξύ ανειδίκευτων εργατών που συνήθως βρίσκονταν στα χαμηλότερα επίπεδα στην ιεραρχία του οργανισμού. Αντιστρόφως, ανάμεσα σε διευθυντές και επιστάτες, δεν επικρατεί τόσο ο εκφοβισμός. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δεν είναι καθορισμένα. Στη μελέτη των Hoel

και των συνεργατών της αποδείχθηκε πως "ο εκφοβισμός συμβαίνει σε όλες τις επαγγελματικές ομάδες ανεξαρτήτως ιεραρχίας και επαγγέλματος" (Tsunpo et al., 2015).

Ένα άλλο είδος διαφοράς εξουσίας εκφράζεται από το διαχωρισμό των μόνιμων εργατών από τους μη μόνιμους εργάτες. Η παγκοσμιοποίηση του εμπορίου και η συνακόλουθη ζήτηση για «εργατική ευελιξία», είχε αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για μη μόνιμη εργασία σε όλες τις βιομηχανοποιημένες οικονομίες. Οι μη μόνιμοι εργάτες βρίσκονται σε χαμηλότερη θέση στον οργανισμό και συνήθως εργάζονται για χαμηλότερους μισθούς, με λιγότερα πλεονεκτήματα (σύνταξη ή προστασία από τους νόμους εργασίας), και βιώνουν μεγαλύτερη ανασφάλεια σχετικά με την εργασία τους από ότι οι μόνιμοι εργάτες. Οι προσωρινοί εργάτες αποτελούν μία κατηγορία μη μόνιμης εργασίας. Αποτελούνται από εργάτες που αποστέλλονται από τις υπηρεσίες τους σε οργανισμούς ή άλλα τμήματα όπου εργάζονται σε προσωρινή βάση. Αυτοί οι εργάτες, εκτός από τη χαμηλότερη θέση στον οργανισμό - υπηρεσία, συχνά θεωρούνται ως «εξωτερικοί-ξένου». Ιδιαίτερα σε πολιτιστικά πλαίσια που είναι προσανατολισμένα σε ομάδες, οι προσωρινοί εργάτες βρίσκονται σε κίνδυνο να περιθωριοποιηθούν διπλά από τους συναδέλφους τους, όχι μόνο ως προς το χαμηλότερο κοινωνικό status μέσα στον οργανισμό αλλά και ως προς τον διαχωρισμό των «εσωτερικών» και «εξωτερικών» ατόμων στην εργασία (Tsunpo et al., 2015).

Ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας είναι κάτι περισσότερο από μία απλή διαμάχη μεταξύ δύο ατόμων. Είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που μπορεί να γίνει κατανοητό μόνο με την εξέταση των κοινωνικών, ατομικών και οργανωτικών παραγόντων.

Στατιστικά, λόγω της δυσκολίας μέτρησης της έκθεσης στον εκφοβισμό ορισμένοι συγγραφείς πιστεύουν ότι οι περισσότερες μελέτες υποτιμούν τον επιπολασμό του φαινομένου (Zapf, Einarsen, Hoel and Vartia, 2003). Στις Σκανδιναβικές χώρες ο εκφοβισμός εκδηλώνεται κυρίως μεταξύ συναδέλφων και έχει εκτιμηθεί γύρω στο 1-5%. Ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ ο επιπολασμός κυμαίνεται μεταξύ 10-38% και η πλειονότητα των θυτών είναι διευθυντές και επόπτες. Μελέτες σε διαφορετικά επαγγέλματα εκτός της νοσηλευτικής, έχουν δείξει πως ο εκφοβισμός ευδοκιμεί σε χώρους εργασίας που χαρακτηρίζονται από αρνητικό και αγχωτικό περιβάλλον, από συγκρούσεις ρόλων ή/ και ασάφεια ρόλων (Johnson, 2009).

Η επικράτηση της οριζόντιας βίας έχει αναγνωριστεί ότι κυμαίνεται από 5% -38% στις Σκανδιναβικές χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες (Johnson, 2009). Δύο αυστραλιανές μελέτες αναφέρουν 50% και 57% ποσοστά επικράτησης, και το

86,5% των συμμετεχόντων σε μια τουρκική μελέτη ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν επιθετική συμπεριφορά στο χώρο εργασίας τους (Walrafen, Brewer & Mulvenon, 2012).

Η Namie (2003) διαπίστωσε ότι το 71% των θυμάτων κάποιας διασπαστικής συμπεριφοράς εκφοβίστηκαν από εκείνους που ήταν ιεραρχικά ανώτεροι τους (Namie, 2003; Martin, 2008).

ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τη Lake (2002) το υγιές εργασιακό περιβάλλον ορίζεται ως μία ολοκληρωμένη έννοια που περιλαμβάνει στοιχεία όπως η συμμετοχή των νοσηλευτών στη χάραξη πολιτικής του νοσοκομείου, η παρουσία νοσηλευτικών ιδρυμάτων που θα διασφαλίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, και οι σχέσεις των νοσηλευτών με το ιατρικό προσωπικό και τους ασθενείς. Το νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον περιλαμβάνει επίσης τις πτυχές ενός ανθρώπινου περιβάλλοντος, όπως η αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων, που επηρεάζουν την απόδοση στην εργασία. (Friese et al., 2008; Lake, 2002; Kim et al., 2015).

Δεν είναι σαφές αν οι κακές συνθήκες εργασίας δημιουργούν ένα περιβάλλον όπου είναι ανεκτή η λεκτική κακοποίηση ή αν λεκτική κακοποίηση δημιουργεί ένα δυσμενές περιβάλλον εργασίας και την αύξηση του κύκλου εργασιών (Budin, Brewer, Chao & Kovner, 2013).

Στα σημερινά συστήματα υγείας, η έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών έχει επισημανθεί ως ένα σημαντικό εμπόδιο για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. Τουλάχιστον 57 χώρες έχουν αναφέρει σοβαρές ελλείψεις νοσηλευτικού δυναμικού (Christmas and Hart, 2007). Ενώ παράγοντες, όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η κακή δημόσια αντίληψη της νοσηλευτικής ως επάγγελμα καριέρας, η δυσαρέσκεια για την εργασία και η αναδιάρθρωση των νοσοκομείων έχουν εισαχθεί ως αιτίες για την έλλειψη προσωπικού, ενόσω άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα ανθυγιεινά περιβάλλοντα εργασίας οδηγούν στα προβλήματα στις προσλήψεις και στη διατήρηση του προσωπικού εντός της νοσηλευτικής. Επίσης, η συνολική έρευνα πάνω στο θέμα επιβεβαιώνει την σχέση μεταξύ της ποιότητας του περιβάλλοντος εργασίας με τις συνέπειες στους νοσηλευτές (επαγγελματική εξουθένωση, πεσμένο ηθικό, μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία), και κατόπιν στους ασθενείς (μειωμένη ποιότητα φροντίδας, αύξηση λαθών, κτλ.).

Ως εκ τούτου, για να διατηρηθεί ο αριθμός του προσωπικού και να βελτιωθεί η ποιότητα και η ασφάλεια της παρεχόμενης περίθαλψης πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη δημιουργία ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας (Vagharseyyedin, 2016). Ένα πραγματικά υγιή νοσοκομείο είναι εκείνο στο οποίο οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά οι νοσηλευτές, αντιμετωπίζονται με σεβασμό. Δυστυχώς, μελέτες, ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες όπως η Βόρεια Αμερική, έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές εκτίθενται συχνά σε κακή μεταχείριση, που παίρνουν τη μορφή του εκφοβισμού και της αγένειας (Vagharseyyedin, 2016).

Ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας, συχνά αναφέρεται ως οριζόντια ή πλάγια βία σύμφωνα με τη νοσηλευτική βιβλιογραφία, και είναι ένα φαινόμενο που σήμερα προσελκύει ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε διεθνές επίπεδο. Η βία στην εργασία είναι ένα επιβεβαιωμένα κρίσιμο παγκόσμιο ζήτημα για τη νοσηλευτική, όπως αποδεικνύεται από τις έρευνες που συγκέντρωσε σε άρθρο του ο Johnson (2009) και που έχουν διεξαχθεί στον Καναδά (Daiski, 2004), στις Η.Π.Α. (Griffin, 2004; Stanley et al., 2007), στο Ηνωμένο Βασίλειο (Lewis, 2006; Quine, 2001; Randle, 2003; Hutchinson, Vickers, Jackson and Wilkes, 2006), στην Αυστραλία (Curtis, Bowen and Reid, 2007; Hutchinson, Vickers, Jackson and Wilkes, 2005; Rutherford and Rissel, 2004), στη Νέα Ζηλανδία (McKenna, Smith, Poole and Coverdale, 2003), στο Πακιστάν (Lee and Saeed, 2001) και στην Τουρκία (Yildirim and Yildirim 2007).

Διεθνείς εκθέσεις δείχνουν ότι περίπου το 10-50% του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης εκτίθενται σε βία κάθε χρόνο και σε ορισμένες περιπτώσεις το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει πάνω από το 85% (Kwok et al., 2006; Teymourzadeh, 2014). Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν εκφοβισμό από περισσότερες από μία πηγές από ότι οι μη-νοσηλευτές και είναι πολύ πιθανό να βιώσουν έξι ή περισσότερες εκφοβιστικές συμπεριφορές σε διάστημα ενός μήνα (Bruder, 2001). Ειδικότερα στα νοσοκομεία, η ύπαρξη αυτού του μεγάλου ποσοστού δείχνει ότι ο εκφοβισμός μπορεί να επεκταθεί στο χώρο εργασίας πέρα από τα ατομικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, την υψηλή απόδοση που μπορεί να έχουν ή τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται στους συναδέλφους τους και στους ασθενείς (Martin, 2008). Σε μια μελέτη που έλαβε χώρα στο Ιράν απεκάλυψε ότι μόνο το 9% των νοσηλευτών που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη είχαν εκτεθεί συχνά σε εκφοβιστική συμπεριφορά, το 22% έχει πέσει κατά καιρούς θύμα εκφοβισμού, και το 69% δεν είχε εκτεθεί ποτέ σε τέτοιες συμπεριφορές κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους. Ο πιο κοινός τύπος εκφοβισμού στο χώρο εργασίας που βίωσαν οι

νοσηλευτές ήταν ο λεκτικός εκφοβισμός (Esfahani and Shahbazi, 2014). Φυσικά, εκδηλώνονται και οι υπόλοιποι τύποι εκφοβισμού όπως, η σωματική βία, ο εκβιασμός/ απειλές, η ψυχολογική βία και η σεξουαλική παρενόχληση (Kitaneh & Hamdan, 2012). Γενικότερα, η επικράτηση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας ανέρχεται σε ποσοστό 15.7% κατά μέσο όρο στις ευρωπαϊκές χώρες, εκτός της Σκανδιναβίας, ενώ σε παρόμοια ποσοστά επικρατεί και στις Ασιατικές χώρες (9.0-15.5%), συμπεριλαμβανομένης και της Ιαπωνίας.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Tsuno et al. (2015), συνολικά 94 (6.1%) των ερωτηθέντων ανέφεραν πως είχαν υποστεί εκφοβισμό στο χώρο εργασίας τους ενώ 229 (14.8%) των ερωτηθέντων έγιναν μάρτυρες σε περιστατικά εκφοβισμού, όπως φάνηκε και σε έρευνα που έλαβε χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου διαπιστώθηκε ότι ποσοστό 38% των νοσηλευτών ανέφερε ότι είχαν πέσει θύμα εκφοβισμού κατά το προηγούμενο έτος ενώ το 42% των νοσηλευτών ανέφερε ότι είχαν γίνει μάρτυρες σε επεισόδια εκφοβισμού των συναδέλφων τους από το υπόλοιπο προσωπικό επαγγελματιών υγείας (Stevens, 2002). Και πάλι στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Tsuno et al. (2015) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ως προς το φύλο και τη βίωση εκφοβισμού, ενώ η επίπτωση ήταν υψηλότερη για όσους ήταν νεότεροι από τα τριάντα έτη. ($p=0.021$). Επίσης, οι προσωρινοί εργάτες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν εκφοβισμό συγκριτικά με τους μόνιμους εργάτες. (OR 2.62, 95%CI = 1.01-6.79). Επιπλέον οι προσωρινοί εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας γίνονται συχνότερα μάρτυρες εκφοβισμού με υψηλότερο *odds ratio*. Αυτή η έρευνα απέδειξε πως νεότεροι υπάλληλοι με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, που απασχολούνται ως προσωρινοί υπάλληλοι, έχουν χαμηλό ετήσιο εισόδημα και χαμηλότερο *SSS* (*υποκειμενική κοινωνική κατάσταση*), βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν εκφοβισμό στο χώρο εργασίας (Tsuno et al. 2015).

ΛΕΚΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Πόσο διαδεδομένος είναι ο εκφοβισμός λοιπόν, στον τομέα της υγείας; Οι πιο κοινές μορφές βίας είναι η λεκτική βία με ποσοστό 64%, ακολουθείται από τον εκφοβισμό-mobbing με 29% και η σωματική βία με 12%, με το μεγαλύτερο μέρος του εκφοβισμού να προέρχεται από τους συγγενείς των ασθενών. Η λεκτική κακοποίηση είναι η ακατάλληλη ενσωμάτωση των λεκτικών συμπεριφορών μέσα από τον τόνο, τον τρόπο ομιλίας και τη χρήση των μη λεκτικών ενδείξεων για τη διατήρηση μίας θέσης ισχύος

(Rowe & Sherlock, 2005; American Nurses Association, 2006). Στη μελέτη του Pejic (2005), αναφέρουν ότι οι τέσσερις πιο κοινοί τύποι λεκτικής κακοποίησης είναι η συγκατάβαση, ο θυμός, η απαξίωση και η ταπείνωση. Περισσότερο από το 50% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν βιώσει αυτές τις μορφές κακοποίησης τουλάχιστον μία φορά κατά το παρελθόν. Η λεκτική κακοποίηση υποκινείται πιο συχνά από τη στάση και συμπεριφορά των συναδέλφων και θεσπίζεται από τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού. Εν αντιθέσει η σωματική βία, πραγματοποιείται κυρίως από τους ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας ή / και τους φίλους, ευρήματα που συμφωνούν με άλλες έρευνες (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015). Σημαντική είναι η συσχέτιση μεταξύ της σωματικής με τη λεκτική βία. Νοσηλεύτές/ τριές που ανέφεραν σωματική βία ήταν πιο πιθανό να τους έχουν επιτεθεί λεκτικά. Σημαντικό, επίσης είναι, πως τους περισσότερους τραυματισμούς από περιστατικά σωματικής βίας τους βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό (Pompeii et al., 2015). Μελέτες περιπτώσεων στην Αυστραλία, τη Βραζιλία, τη Βουλγαρία απέδειξαν ότι η λεκτική κακοποίηση είναι πολύ διαδεδομένη σε σύγκριση με τους άλλους τύπους του εκφοβισμού στον επαγγελματικό χώρο, γεγονός το οποίο συμφωνεί με τις μελέτες των Chen et al. (2008) και λοιπών ερευνητών. Οι επαγγελματίες υγείας (~69%) αναφέρουν τουλάχιστον ένα τύπο βίας στο χώρο εργασίας μέσα στο προηγούμενο έτος (Teymourzadeh et al., 2014).

Η λεκτική βία περιγράφεται ως κοινή επαγγελματική εμπειρία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με επιπολασμό 80-90% (Sofield and Salmond, 2003) ενώ τα ποσοστά επιπολασμού του εκφοβισμού να βρίσκονται μεταξύ 1% και 4% (Einarsen, 2000). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων λεκτικής βίας που αφορούν νοσηλεύτες οι υποκινητές είναι οι γιατροί ενώ ο δεύτερος πιο κοινός τύπος είναι η λεκτική κακοποίηση μεταξύ νοσηλευτών (Johnson, DeMass, and Marker-Elder, 2007). Το 2004, περισσότεροι από το ήμισυ των ερωτηθέντων νοσηλευτών από την Κοινή Επιτροπή για τη διαπίστευση των Οργανισμών Υγείας (JCAHO) ανέφεραν ότι είχαν υποστεί λεκτική κακοποίηση, και περισσότερο από το 90% είχε γίνει μάρτυρας αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς (JCAHO, 2002). Σε μια έρευνα του 2005 σε ένα νοσοκομείο, 72% των ερωτηθέντων ανέφεραν πως έγιναν μάρτυρες αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς που προκλήθηκε από άλλη συνεργάτη νοσηλεύτρια (Rosenstein and O' Daniel, 2005; Felblinger, 2008).

Σε ελληνική μελέτη βρέθηκε ότι οι συνάδελφοι ήταν οι κύριοι δράστες εκφοβισμού κατά τη διάρκεια όλων των βαρδιών, με δεδομένο το γεγονός ότι κατά την διάρκεια της

απογευματινής και της βραδινής βάρδιας οι προϊστάμενοι και οι εποπτικές αρχές δεν έχουν συνεχή επαφή με το προσωπικό (Koukia et al., 2014).

Σύμφωνα με την έρευνα των Yokoyama και των συνεργατών της, οι τρεις πιο συχνές πράξεις εκφοβισμού σε εβδομαδιαία ή καθημερινή βάση είναι η παρακράτηση πληροφοριών που εμποδίζουν την επαγγελματική ανέλιξη, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας ανά άτομο και το να γίνεται το άτομο, στόχος σε αυθόρμητες κρίσεις θυμού. Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας συνδέουν τον εκφοβισμό με δύο βασικούς τομείς του εργασιακού περιβάλλοντος. Ο πρώτος είναι η ηγεσία, το μάνατζμεντ, και η υποστήριξη που δίδεται προς το νοσηλευτικό προσωπικό και δεύτερος, η στελέχωση και η επάρκεια των πόρων (Yokoyama et al., 2016).

Η μελέτη των Rowe and Sherlock (2005), που σκοπό είχε να αξιολογήσει την συχνότητα και τον αντίκτυπο της λεκτικής κακοποίησης των νοσηλευτών από άλλους νοσηλευτές, έρχεται να προβληματίσει τους ερευνητές, λέγοντας πως η λεκτική κακοποίηση υπάρχει όντως στο χώρο εργασίας και ακόμα πιο αξιοσημείωτο είναι πως οι νοσηλευτές αναγνωρίστηκαν ως η πιο συχνή πηγή λεκτικής επιθετικότητας και ξεπέρασαν τις άλλες σημαντικές πηγές όπως οι ιατροί, οι ασθενείς, οι οικογένειες των ασθενών κτλ.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα ανέδειξαν πως, η πιο συχνή πηγή κακομεταχείρισης είναι οι νοσηλευτές, ακολουθούν οι οικογένειες των ασθενών ή οι συνοδοί τους, οι ιατροί, οι ασθενείς, και τέλος οι ειδικευόμενοι. Ιδιαίτερα ανησυχητικό και ενισχύοντας την προς τα πάνω πορεία του εκφοβισμού, από τα άτομα που επέλεξαν τον "νοσηλευτή" ως την πιο συχνή πηγή εκφοβισμού, φαίνεται πως οι συνάδελφοι νοσηλευτές, δηλαδή οι νοσηλευτές που ανήκουν στο γενικό προσωπικό και όχι στο διοικητικό-διευθυντικό, εκφοβίζουν συχνότερα (Rowe & Sherlock, 2005).

Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή επιβεβαιώνει την αντίληψη ότι η λεκτική κακοποίηση είναι ένα σαφώς πραγματικό πρόβλημα για τη βιομηχανία της υγείας. Το πρόβλημα είναι βαθιά ριζωμένο και υπάρχει εδώ και πολλά χρόνια. Οι νοσηλευτές έχουν γίνει μια σημαντική πηγή λεκτικής επιθετικότητας, μια θέση που στο παρελθόν άνηκε στους γιατρούς (Rowe & Sherlock, 2005).

Περαιτέρω ευρήματα έχουν δείξει πως:

- 48% νοσηλευτές, φαρμακοποιοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ισχυρή λεκτική κακοποίηση (Institute for Safe Medication Practices, 2004).

- Μια μελέτη σε φοιτητές νοσηλευτικής ανέφερε ότι το 53% των φοιτητών είχαν δεχθεί ταπεινωτικά και επικριτικά σχόλια από νοσηλεύτρια του προσωπικού (Longo, 2007).
- 56.9% ανέφεραν ότι απειλήθηκαν ή βίωσαν λεκτική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (American Nurses Association, 2001).
- Φοιτητές ιατρικής στο Πακιστάν ανέφεραν ότι η πιο κοινή μορφή εκφοβισμού ήταν η λεκτική κακοποίηση με ποσοστό 57% και οι πιο συχνοί θύτες ήταν οι σύμβουλοι/επόπτες τους με ποσοστό 46% (Ahmer, 2008).
- Σε μελέτη το 67% των ερωτηθέντων ανέφεραν πως η λεκτική κακοποίηση επηρεάζει το ηθικό (Hutchinson & Jackson, 2013).
- Σε άλλη μελέτη το 13% των νοσηλευτών ανέφερε σφάλματα στη φροντίδα που οφείλονταν στην λεκτική κακοποίηση (Hutchinson & Jackson, 2013).

Οι νοσηλευτές παρέχουν ένα μεγάλο ποσό άμεσων υπηρεσιών προς τους ασθενείς και έχουν κεντρικό ρόλο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών για τους ασθενείς. Παρά τη σημασία του ρόλου των νοσηλευτών και των συστημάτων υγείας, τα νοσοκομεία δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσουν την ασφάλεια των νοσηλευτών κατά της βίας στο χώρο εργασίας τους, η οποία είναι σημαντική, δεδομένου ότι βρίσκονται σε στενή επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. (Celik, Celik, Agirbas and Ugurluoglu, 2007; Kwok et al., 2006; Oztunc, 2006). Οι συγγενείς των ασθενών στο νοσοκομείο είναι υπεύθυνοι για το μεγαλύτερο μέρος της βίας (Teymourzadeh et al., 2014). Η πλειοψηφία των περιστατικών σωματικής βίας κατά των νοσηλευτών περιλαμβάνουν συνήθως τους ασθενείς ή τους συγγενείς, ενώ τα περιστατικά της έμμεσης βίας κατά των νοσηλευτών αφορούν κυρίως το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου (Karatza, Zyga, Tziaferi, & Prezerakos, 2016). Οι συγγενείς των ασθενών προτιμούν να προβαίνουν σε σωματική επιθετικότητα ενώ οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να χρησιμοποιούν έμμεσους τρόπους εκφοβισμού, όπως η λεκτική κακοποίηση.

Σε ποσοστά που φτάνουν το 70% οι νοσηλευτές που εργάζονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στα τμήματα χειρουργείου- αναισθησιολογικού, και στα εξωτερικά ιατρεία είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ότι έχουν υποστεί κάποιας μορφής εκφοβισμό. Το υψηλότερο ποσοστό ανησυχίας αναφέρθηκε από τους νοσηλευτές που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, όπου πάνω από το 60% των νοσηλευτών ανέφερε ότι είναι «πολύ

ανήσυχος» ή «εξαιρετικά ανήσυχος» για τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Pompeii και συν. αναφέρεται ότι, σε διάστημα 12 μηνών έχουν αναφερθεί ποσοστά 75-90%, για τη λεκτική κακοποίηση για τους νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών, ενώ ταυτόχρονα τα ποσοστά για τις σωματικές επιθέσεις κυμαίνονται από 28% έως 32%. Οι νοσηλευτές στην μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε φαινόμενα συμμοριοποίησης-mobbing. διαπιστώθηκε ότι όσοι έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού στο χώρο εργασίας τους, ανέφεραν ότι δεν ήταν θύμα εκφοβισμού σε καθημερινή βάση. Ενώ τα επίπεδα του εκφοβισμού ήταν χαμηλά έως μέτρια και το επίπεδο της πρόληψης ήταν μέτριο ως μηδαμινό (De Keyser, et al., 2015). Νοσηλευτές που εργάζονται στην ΜΕΘ είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικής και σωματικής βίας, ενώ όσοι εργάζονταν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είχαν αυξημένο κίνδυνο να υποστούν ψυχολογική και βία και τέλος οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ορθοπεδικά τμήματα παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά ψυχολογικής βίας (Koukia et al., 2014).

Αξίζει να σημειώσουμε ότι οι νοσηλευτές είναι πιο απίθανο να αναφέρουν ή να καταγγείλουν τα περιστατικά βίας στους διευθυντές των νοσοκομείων. Βέβαια, υπάρχουν έρευνες όπου η πλειοψηφία των θυμάτων έκαναν αναφορά για το συμβάν σε ποσοστό 75%. Φυσικά πιο πιθανό ήταν να καταγγείλουν τις σωματικές απειλές και τη σωματική βία, παρά, περιστατικά λεκτικής κακοποίησης (Pompeii et al., 2015). Παρά τις κρίσιμες συνέπειες της έκθεσης στη βία, τα περισσότερα μέλη του προσωπικού τείνουν να μη καταγγέλλουν ή να αποκρύπτουν τα επεισόδια. Αυτό μπορεί να συνδέεται με το φόβο των αντιποίνων, των κατηγοριών ή του στίγματος, καθώς και στην έλλειψη εμπιστοσύνης προς τη διοίκηση. Πιο σοβαρά μπορεί να σχετίζεται με το ότι οι νοσηλευτές θεωρούν την βία ως κάτι αναμενόμενο και ανεκτό από την εργασία τους, ιδίως η μη σωματική βία η οποία συχνά θεωρείται ως "νόρμα" σε αυτό το επάγγελμα. (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015). Μάλιστα, παραπάνω από τους μισούς που δηλώνουν πως δεν ανέφεραν το περιστατικό, το έκαναν κυρίως λόγω του φόβου πως θα χάσουν την δουλειά τους και λόγω της πεποίθησης ότι το ζήτημα δεν θα αντιμετωπιζόταν αποτελεσματικά και με ευαισθησία από τη διοίκηση. Ο Rosestein (2002) βρήκε πως η έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση και η πεποίθηση ότι "τίποτα δεν αλλάζει" ήταν δύο από τα πιο κοινά εμπόδια για τους νοσηλευτές ώστε να καταγγείλουν ανάρμοστες και επιθετικές συμπεριφορές από ιατρούς. Ένα μικρότερο ποσοστό δήλωσε πως δεν είχε αναφέρει το περιστατικό εκφοβισμού λόγω του φόβου για αντίποινα (Fasanya & Dada, 2016). Ενώ ταυτόχρονα από άλλες έρευνες

προκύπτει ότι περίπου ποσοστά της τάξης του 40% των νοσηλευτών αγνοούν τις πολιτικές του νοσοκομείου για τη μείωση της βίας (Teymourzadeh et al., 2014; Vessey, Demarco, Gaffney & Budin, 2009).

Η μελέτη των Vessey, Demarco, Gaffney και Budin (2009), φανέρωσε πως οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνά τους, ανέφεραν το περιστατικό στο τμήμα ανθρωπίνων πόρων ή συναντήθηκαν με τον εκπρόσωπο της ένωσης ή της επαγγελματικής οργάνωσης στην οποία εργάζονταν, ενώ πάνω από το ήμισυ του επιμέρους δείγματος δεν χρησιμοποίησε τις επίσημες διεξόδους και διαδικασίες. Υπό το φως αυτών των στρατηγικών, οι νοσηλευτές ανέφεραν πως τα προγράμματα βοήθειας εργαζομένων, οι γραπτές πολιτικές κατά της παρενόχλησης, και οι συλλογικές διαπραγματεύσεις ήταν διαθέσιμες γι' αυτούς. Όμως σημείωσαν πως δεν υπήρχαν γραπτές πολιτικές κατά του "εκφοβισμού" που περιλαμβάνει όλα τα είδη βίας που μπορεί να συναντήσουν, και καμία εκπαιδευτική ημερίδα ή πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του προβλήματος τροφοδοτούμενη από τον οργανισμό.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ποια η επίδραση της πλευρικής βίας και του εκφοβισμού στη Νοσηλευτική; Η διεισδυτικότητα της βίας στο νοσηλευτικό χώρο εργασίας αποτελεί πηγή μείζονος ανησυχίας για τη νοσηλευτική όπως αποδεικνύεται από την εκτενέστατη μελέτη του φαινομένου της Πλευρικής Βίας από Νοσηλευτή σε Νοσηλευτή (ΠΒΝΝ). Ειδικότερα σε παγκόσμιο επίπεδο σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η πλευρική βία νοσηλευτή κατά νοσηλευτή (ΠΒΝΝ) ή αλλιώς η επιθετικότητα μεταξύ νοσηλευτών έχει ένα ευρύ φάσμα αρνητικών και επιζήμιων συναισθηματικών, ψυχολογικών, πνευματικών, φυσιολογικών και σωματικών επιπτώσεων μέσω της εντονότατης αύξησης του εργασιακού άγχους στους στοχευμένους νοσηλευτές καθώς και τους παρευρισκομένους αυτής της συμπεριφοράς, (Felblinger, 2008; Edwards and O'Connell, 2007; Yildirim and Yildirim, 2007) η οποία με τη σειρά τους έχουν αρνητικές επιπτώσεις στις οργανώσεις (Ahmed, 2012; Esfahani and Shahbazi, 2014; Teymourzadeh et al., 2014; Embree, Bruner & White, 2013).

Οι οργανωτικές συνέπειες που αφορούν τις επιχειρήσεις, είναι οι υψηλές δαπάνες για την επιχείρηση, η μειωμένη παραγωγικότητα, ο αποδιοργανωμένος κύκλος εργασιών, και η απόσπαση της προσοχής των μαρτύρων, μέσω αποδιοργανωτικών συμπεριφορών λόγω του περιστατικού στο οποίο ήταν παρόντες (Gumbus and Lyons, 2011; Esfahani and Shahbazi, 2014).

Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται μείωση του ηθικού του προσωπικού, αυξημένες απουσίες από την εργασία, τριβή του προσωπικού, και υποβάθμιση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών (Hughes 2008). Φαίνεται ότι οι νοσηλευτές αποχωρούν από το επάγγελμα λόγω της πλευρικής βίας και του εκφοβισμού, γεγονός που συμβάλλει στην έλλειψη νοσηλευτών και την ανεπαρκή στελέχωση (Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez and Leal-Millán, 2014). Άτομα που έχουν υποβληθεί σε σωματική βία μπορεί να καταλήξουν ως τραυματίες, να απουσιάσουν από την εργασία τους, να αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη ή ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική (Pompeii et al., 2015).

ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Είναι ευρέως δεκτό πως οι διάφορες μορφές εχθρικής συμπεριφοράς που παρουσιάζονται στο χώρο εργασίας απειλούν την ασφάλεια των ασθενών έχοντας αρνητική επιρροή στη φύση του περιβάλλοντος εργασίας, συμπεριλαμβανομένων της διάβρωσης της αποτελεσματικής επαγγελματικής επικοινωνίας και των επαγγελματικών σχέσεων που στηρίζουν την προσφορά ασφαλούς φροντίδας. Η εχθρική συμπεριφορά μέσα στις ομάδες εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη επικοινωνία και διατάραξη της ομαδικής εργασίας. Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, οι σχετικά διακριτικές μορφές εχθρικών κλινικών συμπεριφορών όπως η παρακράτηση πληροφοριών ή ο συγκεκαλυμμένος εκφοβισμός, έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη και να επηρεάσουν τη φροντίδα των ασθενών (Hutchinson & Jackson, 2013). Περεταίρω η εχθρότητα μεταξύ νοσηλευτών φαίνεται να οδηγεί τα άτομα να αισθάνονται συγκλονισμένοι, ανίκανοι να ζητήσουν βοήθεια, να νιώθουν ανασφάλεια στις διάφορες καταστάσεις των ασθενών, να φοβούνται να κάνουν λάθος ή να προκαλέσουν βλάβη και να αδυνατούν να εμπιστευτούν άλλα άτομα. Εχθρικές συμπεριφορές μεταξύ συναδέλφων περιλαμβάνουν κυρίως την τάση να αγνοούνται αιτήματα για βοήθεια από το υπόλοιπο προσωπικό, ειδικά σε περιπτώσεις όπου η βοήθεια είναι αναγκαία για να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών ή για να ανταποκριθεί ο νοσηλευτής στις πολύπλοκες ή απαιτητικές κλινικές καταστάσεις.

Τα περιστατικά του εκφοβισμού έχουν άμεσο αντίκτυπο στην επικοινωνία των νοσηλευτών και την λειτουργία της ομάδας, αλλά επίσης και μακροχρόνιες συνέπειες. Συμπεριφορές που επηρεάζουν τη φροντίδα του ασθενούς προσδιορίζονται ειδικά από τους νοσηλευτές και περιλαμβάνουν τον φόβο του να ζητήσουν βοήθεια για έναν ασθενή ή να κάνουν μια ερώτηση από φόβο μήπως γελοιοποιηθούν, τα αιτήματα για βοήθεια

αγνοούνται και γενικά υπάρχει έλλειψη της ομαδικής εργασίας και επικοινωνίας (Walrafen, Brewer & Mulvenon, 2012).

Προσοχή πρέπει να δοθεί στον τρόπο με τον οποίο η εχθρότητα μεταξύ συναδέλφων διαβρώνει το πνεύμα ομαδικής εργασίας, το ηθικό και την εμπιστοσύνη μεταξύ των νοσηλευτών. Νοσηλευτές που βιώνουν εχθρικές συμπεριφορές αναφέρουν πως οι συμπεριφορές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα να τους αποσπούν από την εργασία τους και να μειώνουν την ικανότητά τους να συγκεντρωθούν. Αυτές οι διακοπές στην συγκέντρωση είναι αιτία για μικρά λάθη κατά τη φροντίδα των ασθενών. Επίσης οι νοσηλευτές αναφέρουν πως η λεκτική κακοποίηση επηρεάζει αρνητικά το ηθικό τους. Όταν και οι γιατροί αλλά και οι νοσηλευτές αναφέρεται ότι συμμετέχουν σε λεκτική κακοποίηση άλλων νοσηλευτών μπροστά στους ασθενείς, αυτό θεωρείται από τους νοσηλευτές που γίνονται μάρτυρες μπροστά στην κακοποίηση των συναδέλφων τους, ότι διαβρώνει την εμπιστοσύνη των ασθενών στην ικανότητα της/του στοχευόμενης/ στοχευόμενου νοσηλεύτριας/νοσηλευτή (Hutchinson & Jackson, 2013).

Έχει αποδειχθεί από τους Mc Cusker et al. πως οι αυτο-αναφορές των νοσηλευτών για λεκτική κακοποίηση και η μειωμένη ικανοποίηση από τις επαγγελματικές σχέσεις με το ιατρικό προσωπικό συνδέεται με χαμηλότερη συνολική ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Ομοίως η ομάδα των Mallidou και λοιπών συνεργατών, απέδειξαν πως οι καλές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών συνδέεται με την βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας και την μείωση ανεπιθύμητων συμβάντων στους ασθενείς (Mc Cusker et al., 2004; Mallidou, Cummings, Estabrooks and Giovannetti, 2011; Hutchinson and Jackson, 2013).

Το προσωπικό συχνά νιώθει ότι δεν έχει να απευθυνθεί σε κανέναν όταν χρειάζεται βοήθεια λόγω της φαινομενικά συγκεκαλυμμένης αποδοχής του εκφοβισμού. Ορισμένοι επίσης έχουν την πεποίθηση ότι τα ανώτερα διοικητικά στελέχη τους εμποδίζουν στο να βελτιώσουν την καριέρα τους (Stevens, 2002).

ΛΑΘΗ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εξυπηρέτηση των πελατών και μπορεί επίσης να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών (Johnson, 2009).

Όσον αφορά την επιθετικότητα στο χώρο εργασίας μεταξύ νοσηλευτών, ευρήματα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία φανέρωσε ότι τα δύο τρίτα των

ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είχαν κάνει λάθη στη φροντίδα τους επειδή ήταν αναστατωμένοι λόγω ενός περιστατικού βίας. (Farrell, Bobrowski and Bobrowski, 2006) Σε μελέτη για τη λεκτική βία μεταξύ νοσηλευτών στις ΗΠΑ 13% των ερωτηθέντων δήλωσε πως η κακοποίηση που προκλήθηκε τους έκανε να παρουσιάσουν λάθη στην εργασία τους (Rowe and Sherlock 2005). Πολλοί νοσηλευτές αναφέρουν πως δεν ήθελαν να εργάζονται πλέον λόγω του εκφοβισμού, και ότι εξαιτίας αυτού του γεγονότος, ήταν λιγότερο ανεκτικοί με τους ασθενείς τους (Mc Kenna, Smith, Poole and Coverdale, 2003; Rowe and Sherlock 2005; Johnson, 2009).

Η διασπαστική ή αποδιοργανωτική συμπεριφορά συνδέεται με πιθανή αύξηση των νοσηλευτικών λαθών αλλά επίσης και με το πόσο μπορούν να επηρεάσουν αυτά τα λάθη τον ασθενή. Σε οργανωτικό επίπεδο, η διασπαστική συμπεριφορά έχει αρνητικές συνέπειες στην ικανοποίηση των ασθενών, την απόδοση του προσωπικού, και, στις πιο πρόσφατες μελέτες στην ποιότητα της περίθαλψης (Martin, 2008).

Στην έρευνα των Rosenstein και O'Daniel αναφέρεται ότι, το 94% των ερωτηθέντων νοσηλευτών πίστευε ότι οι διασπαστικές συμπεριφορές είχαν αρνητική επίδραση στην έκβαση της υγείας των ασθενών. Το 25% των επαγγελματιών υγείας αποκαλύπτουν έναν ισχυρό δεσμό μεταξύ της αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς και της θνησιμότητας των ασθενών και ένα ποσοστό 53% έως 75% των επαγγελματιών υγείας φανερώνουν μία ισχυρή σχέση μεταξύ της αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς και των δυσμενών κλινικών εκβάσεων όπως η ασφάλεια των ασθενών, τα λάθη, τα ανεπιθύμητα συμβάντα καθώς και την ποιότητα και ικανοποίηση των ασθενών (Rosenstein & O'Daniel, 2005; Μπακάλης, 2015).

Σε μια μελέτη του Ινστιτούτου για τις Ασφαλείς Φαρμακευτικές Πρακτικές (ISMP, 2004), το 49% ή περίπου οι μισοί του συνόλου των ερωτηθέντων αναφέρουν πως ο εκφοβισμός παρεμβαίνει στον τρόπο που διευκρινίζουν τις εντολές χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής και συμβάλλει στην αποτυχία των νοσηλευτών να αποσαφηνίσουν τις ιατρικές οδηγίες για τις οποίες τρέφουν ανησυχίες ή στο να χορηγήσουν αυτούσια τη συνταγή ή και στο να χορηγηθεί ένα φάρμακο παρά τους προβληματισμούς και τις αμφιβολίες που τρέφουν για αυτό (Felblinger, 2008; Hutchinson & Jackson, 2013).

Αναφέρεται πως οι γιατροί αρνούνται να ακούσουν τις αιτήσεις ή τις πληροφορίες σχετικά με τις αλλαγές στην κατάσταση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, με την άρνηση να συνοδεύεται από εχθρικές συμπεριφορές, όπως λεκτική κακοποίηση, σαρκασμό, αγένεια, υποβάθμιση, υποτιμητικά ή απορριπτικά σχόλια, και εκφοβισμό όπως

βρισιές, υψωμένος τόνος φωνής ή ρίψη αντικειμένων, που διακόπτουν τη συγκέντρωση ή μειώνουν την ικανότητα των νοσηλευτών ή την προθυμία να πάρουν θέση σχετικά με σημαντικά ζητήματα, ζητήματα άμεσου ενδιαφέροντος, έκτακτα ζητήματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις η εχθρότητα αναφέρεται ως επαναλαμβανόμενη, ενώ η κατάσταση του ασθενούς επιδειωνόταν. Άλλες περιπτώσεις εκφοβισμού από το ιατρικό προσωπικό συμπεριλαμβάνουν την αγνόηση κλήσεων ή την μη ενέργεια σε κλήσεις ή αιτήσεις βοήθειας από το νοσηλευτή, χωρίς εμφανή επιθετικότητα, που όμως τοποθετεί τους ασθενείς σε κίνδυνο. Νοσηλευτές που είχαν βιώσει ή είχαν γίνει μάρτυρες εχθρότητας από ιατρούς, απέφυγαν ή καθυστέρησαν ως προς την επικοινωνία, ή ήταν λιγότερο πιθανό να πάρουν θέση σχετικά με κλινικά θέματα που τους προκαλούσαν ανησυχία (Hutchinson & Jackson, 2013). Επιπρόσθετα δεν μπορούν να αναφέρουν τα λάθη των γιατρών κάποιες φορές διότι φοβούνται ότι θα απειληθούν (Kingston, Evans, Smith and Berry, 2004; Martin, 2008).

ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Έχει βρεθεί πως όταν οι εργασιακές σχέσεις επηρεάζονται από το φαινόμενο του εκφοβισμού που επικρατεί στον χώρο εργασίας, τότε μπορεί να έχουν σημαντικές συνέπειες και ανάπτυξη προβλημάτων στην συναισθηματική και σωματική υγεία και ψυχική ευημερία των εργαζομένων (Einarsen, Hoel, Zapf and Cooper, 2003; Johnson, 2009; Nielsen, Magerøy, Gjerstad and Einarsen, 2014).

Η σωματική υγεία των θυμάτων επηρεάζεται ως εξής: τα θύματα παρουσιάζουν αυξημένες ψυχοσωματικές παθήσεις όπως ζάλη, κεφαλαλγία, πόνοι στο στομάχι, πόνος στην πλάτη, χρόνια κόπωση και αϋπνία (Moayed, Daraishen, Shell and Salem, 2006; Yildirim and Yildirim, 2007). Έχει βρεθεί πως τα θύματα έχουν υψηλότερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών και υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος, αλλά δεν είναι γνωστό αν αυτό είναι αποτέλεσμα του εκφοβισμού ή ένας παράγοντας κινδύνου για να υποστούν τα άτομα αυτά εκφοβισμό (Kivimaki, Elovainio and Vahtera, 2000; Johnson, 2009).

Επιπλέον όπως φαίνεται ο αδιαχείριστος θυμός που συσσωρεύεται στο προσωπικό λόγω ανικανότητας διαχείρισης των περιστατικών εκφοβισμού, συμβάλλει στην εμφάνιση πολλών καρδιαγγειακών παθήσεων όπως είναι η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος και η εμφάνιση αρρυθμιών ή και άλλα προβλήματα υγείας (American Nurses Association, 2001; Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez and Leal-Millán, 2014). Οι Niedhammer και λοιποί (2007), απέδειξαν πως η μη σωματική βία που περιλαμβάνει επίμονο εκφοβισμό και απομόνωση, σχετίζεται με χαμηλό αυτο-βαθμολογούμενο ποσοστό υγείας (poor self-rated

health) και με αναρρωτικές άδειες ή απουσία λόγω ασθένειας. (sickness absence) Οι Kivimaki et al. (2003) βρήκαν πως τα άτομα στόχοι που εκφοβίζονται λεκτικά αναφέρουν συχνότερα κάποιο τραυματισμό ή ασθένεια σχετικό με την εργασία τους και γι' αυτό τον λόγο απουσιάζουν συχνότερα λόγω ασθένειας (Fujishiro, Gee and de Castro, 2011).

Οι πιο συχνές ψυχολογικές επιπτώσεις του εκφοβισμού είναι το άγχος και η κατάθλιψη (Nielsen, Magerøy, Gjerstad and Einarsen, 2014). Σύμφωνα με την έρευνα του Murray (2009) οι συμπεριφορές εκφοβισμού κάνουν το θύμα να νιώθει απροστάτευτο και τον αποθαρρύνουν σημαντικά αφαιρώντας το δικαίωμα τού ή της στην αξιοπρέπεια στο χώρο εργασίας (Department of Labor and Industries, 2006; Longo and Sherman, 2007; Murray, 2009). Σ' αυτά τα πλαίσια, οι εργαζόμενοι απογοητεύονται και ενίοτε πληγώνονται που δεν έχουν αναγνώριση και μπορεί ν' αντιδράσουν επιθετικά και αρνητικά προς το συμφέρον τους. Η σοβαρότητα της τραυματικής εμπειρίας είναι ακόμα μεγαλύτερη, αν το άτομο έχει επενδύσει υπερβολικά στη δουλειά του. Τότε, σε περίπτωση απομάκρυνσης ή εξάιρεσης προκαλείται “ναρκισσιστική κατάρρευση”, όπως αποκαλείται στη γλώσσα της Ψυχολογίας» (Hirigoyen, 2002; Wu et al., 2015).

Μελέτες έχουν δείξει ότι ένα λιγότερα συχνό πρόβλημα του εκφοβισμού είναι οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί οι οποίοι συνδέονται στενά τόσο με το θύμα του εκφοβισμού όσο και με τον θύτη (Wu et al., 2015). Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες υποστηρίζουν ότι τα θύματα είναι πιο πιθανό να αναφέρουν αυτοκτονικές σκέψεις και τάσεις από ότι οι θύτες ενώ υπάρχουν και μελέτες που αποδεικνύουν πως όσοι είναι και θύτες και θύματα έχουν τον υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν αυτοκτονικές σκέψεις σε τέτοιο βαθμό ώστε να τις πραγματοποιήσουν (Kim et al., 2009; Wu et al., 2015).

Ο εκφοβισμός κι ιδιαίτερα η λεκτική βία που προκαλείται από συνεργάτες έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί μεγαλύτερη απογοήτευση, είναι πιο δύσκολο να διαχειριστεί και σχετίζεται με την μειωμένη αυτοπεποίθηση των θυμάτων, από ότι ο εκφοβισμός που προκαλείται από τους ασθενείς (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015). Τα περιστατικά λεκτικής βίας είτε από τους συναδέλφους είτε από τους ασθενείς έχουν ως αποτέλεσμα τα θύματα να αισθάνονται φόβο για την προσωπική τους ασφάλεια, γεγονός που υποδεικνύει ότι τα περιστατικά αυτά δεν πρέπει να υποτιμώνται ακόμη κι αν δεν είναι τόσο σοβαρά όσο οι σωματικές επιθέσεις ή απειλές. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις, μπορεί να προέρχονται, εν μέρει, από την αντίληψη του θύματος ότι ο δράστης αποσκοπούσε στο να τους προκαλέσει βλάβη. Η απάντηση σε αυτούς τους φόβους περιλαμβάνει την υπέρ-

επαγρύπνηση εν ώρα εργασίας ή την αναζήτηση προστασίας μέσα από την οπλοφορία (Pompeii et al. 2015).

Σύμφωνα με τα προηγούμενα προκύπτει λοιπόν ότι το αυξημένο στρες αυξάνει την πιθανότητα της βίας, της επαγγελματικής εξουθένωσης, της αυτοκτονίας ή ακόμη και της δολοφονίας (Nielsen, Magerøy, Gjerstad and Einarsen, 2014).

Το 2014, η Magnavita διαπίστωσε ότι οι εργαζόμενοι με χαμηλότερα επίπεδα ευεξίας και επαγγελματικής ικανότητας εκτίθονταν στη βία πιο συχνά από τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Ως εκ τούτου, η σχέση ανάμεσα στη βία και στο **άγχος** για την εργασία μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση αλληλοεξαρτώμενη χωρίς εμφανή αρχή και τέλος (Zhao et al., 2015). Η κοινωνική ευημερία και υγεία, τόσο σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο, επηρεάζονται επίσης από τον εκφοβισμό. Το θύμα καταλήγει να αισθάνεται κοινωνικά απομονωμένο και εξοστρακισμένο στο χώρο εργασίας, σαν να έχει υποστεί κοινωνικό θάνατο (Einarsen and Mikkelsen, 2003; Lewis and Orford, 2005). Η προσωπικότητα του θύματος μπορεί να υποστεί αλλαγές, και μπορούν να καταφύγουν σε ακατάλληλες συμπεριφορές για να αντιμετωπίσουν την εκφοβιστική συμπεριφορά, το οποίο οδηγεί σε περαιτέρω αιτιολόγηση από το μέρος της ομάδας για να αποφεύγει το θύμα (Einarsen and Mikkelsen 2003; Johnson, 2009).

Οι εξωτερικές σχέσεις υποφέρουν επίσης, γιατί το θύμα ασχολείται όλο και περισσότερο με τις ανησυχίες του χώρου εργασίας του, και τελικά νιώθει πως έχει εξαντλήσει το προσωπικό δίκτυο υποστήριξης του (Lewis and Orford, 2005). Όσοι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και τους φίλους τους απολαμβάνουν καλύτερη υγεία, ενώ εκείνοι που αντιλαμβάνονται το περιβάλλον εργασίας τους πιο αρνητικά λόγω του εκφοβισμού, έχουν χειρότερη υγεία (Karatza, Zyga, Tziaferi, & Prezerakos, 2016).

Συνοπτικά, η θυματοποίηση λόγω εκφοβισμού στην εργασία δεν καταστρέφει μόνο την ψυχική υγεία των εργαζομένων αλλά και τη σταδιοδρομία τους, την κοινωνική θέση και συνεπώς τον τρόπο ζωής τους (Einarsen and Mikkelsen 2003; Johnson, 2009). και μπορεί να περιοριστεί μόνο από παράγοντες όπως ο έλεγχος της εργασίας, η κοινωνική προστασία και η δικαιοσύνη (Magnavita and Hepomiemi, 2011; Magnavita and Hepomiemi, 2012; Teymourzadeh et al., 2014).

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η βία στην εργασία είναι ένας από τους παράγοντες που μπορούν να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση από την εργασία και την ποιότητα της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών. Η αυξημένη έκθεση σε εκφοβισμό στον εργασιακό χώρο και ο φόβος της βίας μειώνει την ικανοποίηση από την εργασία. Σε γενικές γραμμές, ο φόβος είναι μία από τις σημαντικές συνέπειες της βίας η οποία ενεργεί ως μεσολαβητής για την μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και τα αυξημένα συμπτώματα άγχους (Teymourzadeh et al., 2014).

Έχει αποδειχθεί ότι ο εκφοβισμός επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση για το επάγγελμά των νοσηλευτών. Τομείς που επηρεάζονται από την έλλειψη ικανοποίησης στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι η διαπροσωπική επικοινωνία και συνεργασία, η επαγγελματική πρακτική, οι διοικητικές και διαχειριστικές πρακτικές, η αναγνώριση των προσωπικών επιτυχιών, οι ευκαιρίες για πρόοδο και το επαγγελματικό περιβάλλον (Hickson, 2013).

Ένα αρκετά ανησυχητικό γεγονός είναι πως ο εκφοβισμός, και ιδιαίτερα η λεκτική βία, συσχετίζονται σημαντικά με τις τρεις επιμέρους κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή με τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επιτυχία. Οι νοσηλευτές που έχουν μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε αυτές τις υπο-κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν εκτεθεί σε τουλάχιστον ένα επεισόδιο λεκτικής βίας (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015).

Επιπλέον μια σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της έκθεσης σε λεκτική κακοποίηση και την πρόθεση να παραιτηθούν. Εκείνοι που αναφέρουν την πρόθεση να σταματήσουν την εργασία τους, είναι πιο πιθανό να έχουν υποστεί λεκτική κακοποίηση. Και μάλιστα όσο πιο έντονη είναι η επιθυμία τους να φύγουν τόσο πιο σοβαρή και συχνή η λεκτική κακοποίηση που έχουν βιώσει (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015). Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Sofield & Salmon, 41% των ερωτηθέντων ανέφεραν πως η λεκτική βία επιδρά κατά της παραγωγικότητας, ενόσω η λεκτική κακοποίηση και η πρόθεση να φύγουν σχετίζονται σημαντικά (Hutchinson & Jackson, 2013).

Εκείνοι οι νοσηλευτές που αισθάνονται ανήμποροι να αλλάξουν την κουλτούρα, και οι οποίοι βλέπουν τον εκφοβισμό ως αντίθετο από τις αρχές της φροντίδας που

έμαθαν στη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, συχνά αφήνουν το επάγγελμα κατά τα πρώτα χρόνια της πρακτικής (McKenna et al.2003; Simons 2006). Επιπλέον, οι νοσηλευτές οι οποίοι εκτίθενται σε εκφοβιστικές και εχθρικές καταστάσεις είναι πιο πιθανό να αφήσουν την τρέχουσα θέση εργασίας τους ή και τη νοσηλευτική ως επάγγελμα οριστικά. (Daiski 2004; McKenna et al., 2003; Simons 2006; Johnson, 2009). Επιπλέον, το ένα τρίτο των νοσηλευτών σε μακρόχρονη αναρρωτική άδεια που έχουν βιώσει τον εκφοβισμό αποχωρούν από το επάγγελμα, σε σύγκριση με το 1% των νοσηλευτών που δεν έχουν υποστεί εκφοβισμό (Royal College of Nursing, 2001; Randle, 2003). Εξίσου σημαντικοί λόγοι που οι νοσηλευτές αναφέρουν την παραίτησή τους προς το τμήμα που εργάζονται ή το επάγγελμα είναι η έλλειψη εκτίμησης από τους ανώτερους, η μειωμένη αίσθηση της αξίας, η έλλειψη επαγγελματικής διέγερσης και η ανεπαρκής υποστήριξη και καθοδήγηση.

Στην ουσία, οι έρευνες αποδεικνύουν ότι η άμεση λεκτική κακοποίηση συμβάλλει στην παραίτηση, στις κενές θέσεις εργασίας και τον συνεχή αναπροσανατολισμό του νέου προσωπικού (Rowe & Sherlock, 2005).

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Μία συντηρητική εκτίμηση του ετήσιου κόστους της βίας στον εργασιακό χώρο όσον αφορά τη νοσηλευτική εισέρχεται στα 4,3 δισ. δολάρια (3.88 δισ. Ευρώ) ή περίπου στις 250.000 (225.776 ευρώ) ανά περιστατικό. Σχεδόν το 60% των νέων νοσηλευτών-τριών εγκαταλείπουν την αρχική θέση εργασίας μέσα στους πρώτους 6 μήνες λόγω της Πλευρικής Βίας Νοσηλευτή κατά Νοσηλευτή (ΠΒΝΝ). Κάθε ποσοστιαία μονάδα του κύκλου εργασίας ενός νοσηλευτή-τριας καταλήγει σε ένα ετήσιο κόστος, σε ένα μεσαίο νοσοκομείο σχεδόν 300.000\$ και 3.6 εκατομμύρια δολάρια (3.25 εκατομμύρια ευρώ), σε ένα νοσοκομείο με χαμηλές επιδόσεις (Haines, Stringer and Duku, 2007; Beecroft, Kunzman and Krozek, 2001; Winter-Collins and McDaniel, 2000; Embree, Bruner & White, 2013).

Ειδικότερα η Field (2002) βρήκε ότι ο εκφοβισμός σχετίζεται με τον κύκλο εργασιών του προσωπικού, τις ανεξήγητες απουσίες, την μειωμένη απόδοση, την μειωμένη παραγωγικότητα και την κακή ομαδική εργασία (Martin, 2008).

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Από την βιβλιογραφία προκύπτει πως ο εκφοβισμός οφείλει να αντιμετωπίζεται στην ρίζα του, δηλαδή στο εσωτερικό της διαμάχης μεταξύ των εμπλεκόμενων, όπως και στο ψυχολογικό υπόβαθρο του θύματος. Η πρόληψη και η διαχείριση του εκφοβισμού συνεισφέρει γενικότερα στην οργάνωση, στη διαχείριση του κόστους, την ποιότητα, και την ικανοποίηση στα νοσοκομεία μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών, και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Martin, 2008).

Παρατηρείται ένα σημαντικό επίπεδο έκθεσης νοσηλευτών στην βία στο χώρο εργασίας. Τα υψηλά ποσοστά των αναφερθέντων περιστατικών βίας στο χώρο εργασίας, αποδεικνύουν ότι οι υπάρχουσες πολιτικές που αποσκοπούν στην προστασία του προσωπικού από την καταχρηστική συμπεριφορά των ασθενών και των συγγενών είναι ανεπαρκείς.

Σε ατομικό επίπεδο η πιο κοινή αντίδραση στη βία είναι το θύμα να καλέσει τον επιτιθέμενο να ηρεμήσει και να αποφύγει τη βία. Ως ατομική υποστήριξη θεωρείται βάσει του μεγαλύτερου ποσοστού των νοσηλευτών (66,7%) σε περιπτώσεις σωματικής βίας, η ατομική άμυνα, δηλαδή η επιστράτευση αμυντικών μηχανισμών όπως:

- Απώθηση: η απομάκρυνση δυσάρεστων σκέψεων από τη συνείδηση που αφορούν κάποιο τραυματικό γεγονός.
- Άρνηση, όταν το άτομο αρνείται ένα δυσάρεστο ή ανεπιθύμητο περιστατικό της πραγματικότητας που βιώνει.
- Εκλογίκευση, όταν το άτομο προσπαθεί να ερμηνεύσει πράξεις λογικά και ηθικώς αποδεκτές στον εαυτό του ή σε άλλους για να αποδεχτεί κάποιες μη αποδεκτές συμπεριφορές.
- Μόνωση, η απόρριψη μιας ιδέας ή πράξης από το συναίσθημα που τη συνοδεύει.
- Χιούμορ, ψυχική αντίδραση του οργανισμού που επιτρέπει στο άτομο να απωθεί δυσάρεστες σκέψεις που προκαλούν άγχος.

Σε περιπτώσεις ψυχολογικού εκφοβισμού το υψηλότερο ποσοστό νοσηλευτών λαμβάνει υποστήριξη από τη συζήτηση με τους συναδέλφους (43,6%), που έχει βρεθεί ότι βοηθά και σε περιπτώσεις σωματικής βίας, και έπειτα καταφεύγουν στην παρηγοριά από το οικογενειακό περιβάλλον τους (27,5%) (Zhao et al., 2015). Ως τελική αντιμετώπιση πολλοί από τους νοσηλευτές που δέχτηκαν εκφοβισμό αποφασίζουν να εγκαταλείψουν το

τιμήμα τους, ενώ παρά το εχθρικό και ανθυγιεινό περιβάλλον κάποιοι επιλέγουν να παραμείνουν πίσω (Teymourzadeh et al., 2014).

Υποχρέωση των νοσηλευτών ως φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι να βρίσκονται σε θέση να εντοπίζουν και να παρεμβαίνουν όταν βλέπουν ή βιώνουν περιστατικά εκφοβισμού και λεκτικής κακοποίησης. Αυξάνοντας την ευαισθητοποίηση και την ενσυναίσθηση, οι νοσηλευτές θα μπορούν να είναι σε καλύτερη θέση να παρακολουθούν οι ίδιοι τον εαυτό τους, όπως επίσης και να βοηθούν τους συναδέλφους τους να αναγνωρίζουν πότε βιώνουν αρνητικές συμπεριφορές που έχουν τη δυνατότητα να κλιμακωθούν σε βία και να βρίσκουν με τη συζήτηση λύσεις σε αυτές. Το να αναγνωρίζονται και να κατανοούνται τέτοια συμβάντα, όταν οι νοσηλευτές είναι πιο ευάλωτοι και είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν κάποια αρνητική συμπεριφορά λόγω βαρύ φόρτου εργασίας, υποστελέχωσης, κτλ, μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση του βαθμού στον οποίο τα άτομα παγιδεύονται σε συγκεκριμένες στιγμές έντασης, θυμού και διαμάχης μεταξύ συναδέλφων (Walrafen, Brewer & Mulvenon, 2012). Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία χρειάζονται τις δεξιότητες εκείνες για να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα δυνητικά βίαιων συνθηκών που μπορεί να συναντήσουν κατά τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών και των επισκεπτών. Φυσικά, απαραίτητη κρίνεται η στήριξη από την οργάνωση, όταν όλες οι στρατηγικές αποκλιμάκωσης αποτύχουν (Pompeii et al., 2015).

Οι τρόποι αντιμετώπισης δεν αφορούν μόνο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η συμπερίληψη των μελών της οικογένειας σε συζητήσεις σχετικά με τα σχέδια φροντίδας για τον ασθενή, με τις αποφάσεις για τη φαρμακευτική αγωγή και συζητήσεις για τον καθορισμό ορίων και κατάλληλων συμπεριφορών προς την ομάδα υγείας, φαίνεται πως μετριάξει τη συχνότητα και την ένταση του φαινομένου της λεκτικής κακοποίησης (Gillespie, Papa & Gómez, 2016).

Ενώ ο εκφοβισμός αφορά τη συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας, τα χαρακτηριστικά των οργανισμών συμβάλλουν σε αυτή τη συμπεριφορά (Ironsides & Seifert 2003; Lewis 2006). Οι λύσεις στο πρόβλημα αυτό βρίσκονται στην εντοπισμό και στην εξάλειψη των οργανωτικών παραγόντων που επιτρέπουν τον εκφοβισμό να ανθίσει (Hutchinson, Vickers, Jackson, & Wilkes, 2006; Lewis, 2006; Vessey, Demarco, Gaffney & Budin, 2009). Οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν πολλά θετικά στοιχεία που αναμένουν και λαμβάνουν από την οργάνωση του νοσοκομείου, αλλά η συντριπτική

πλειοψηφία ανησυχεί για την έκταση του εκφοβισμού στο νοσοκομείο και την φαινομενική αδυναμία του οργανισμού να αναγνωρίσει το πρόβλημα ή να το αντιμετωπίσει αποτελεσματικά (Stevens, 2002). Όταν ένας οργανισμός φημολογείται πως υποθάλπει ένα αρνητικό εργασιακό περιβάλλον, επιτρέποντας την Πλευρική βία, παρουσιάζονται δυσκολίες στις προσπάθειες πρόσληψης εργαζομένων και στη διατήρηση αυτών. Η έλλειψη νέων νοσηλευτών λόγω του φαινομένου χρησιμεύει ως παράδειγμα για άμεση παρέμβαση για την αποτροπή της ήδη υπάρχουσας πλευρικής βίας και τη διατήρηση των νέων νοσηλευτών στο εργατικό δυναμικό (Embree, Bruner & White, 2013). Οι αμερικανοί ερευνητές έχουν αναγνωρίσει καιρό τώρα την αναγκαιότητα για βελτίωση του νοσηλευτικού εργασιακού περιβάλλοντος που οφείλεται κυρίως στην έλλειψη νοσηλευτών και το φαινόμενο της γήρανσης (Eaton-Spiva et al., 2010).

Ο Porto τονίζει την ανάγκη για ισχυρές πολιτικές δηλώσεις και έναν ισχυρό κώδικα δεοντολογίας, μαζί με την αδιαμφισβήτητη αναφορά μηχανισμών και άμεση πρόσβαση σε ανώτερα στελέχη που έχουν την εξουσία να αναλάβουν άμεση δράση (Joint Commission Resources, 2006). Η καθιέρωση ενός συναισθηματικά ασφαλούς χώρου εργασίας ωφελεί και τους νοσηλευτές αλλά και τους ασθενείς. Συχνά, το άτομο-στόχος αποσιωπείται και ο θύτης που προκαλεί εκφοβισμό δεν ανιχνεύεται. Γι' αυτό οι παρεμβάσεις πρέπει να επικεντρώνονται στην τροποποίηση των ανταμοιβών και κυρώσεων που οι θύτες θα βιώνουν ως μέρος της εργασιακής κουλτούρας (Felblinger, 2008). Υπάρχει ανάγκη για την δημιουργία στρατηγικών που να αφορούν την αντιμετώπιση του εκφοβισμού. Δύο πιθανές προσεγγίσεις είναι (α) στρατηγικές για τη μείωση και την εξάλειψη της λεκτικής κακοποίησης και (β) στρατηγικές που βοηθούν τους νοσηλευτές να ασχοληθούν με την κατάχρηση της εξουσίας (Budin, Brewer, Chao & Kovner, 2013). Οι οργανισμοί πρέπει να αυξήσουν το επίπεδο της ενημέρωσης σχετικά με το φαινόμενο του εκφοβισμού, ώστε όλοι να αναλαμβάνουν την ευθύνη των πράξεων τους και της συμπεριφοράς τους (Embree, Bruner & White, 2013). Αποτελεσματικές πρακτικές κατά του εκφοβισμού πρέπει να περιλαμβάνουν μια δήλωση για το τι ακριβώς συνιστά εκφοβισμό (Stevens, 2002). Αν δεν δοθεί προτεραιότητα στη μεταρρύθμιση του πλαισίου στο οποίο οι ασκούντες τον εκφοβισμό λειτουργούν, τότε οι πρακτικές αυτές θα συνεχίσουν να διαιωνίζονται, και θα μπορούν να διαδοθούν ακόμα περισσότερο σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης υπό πίεση για την κάλυψη αποτελεσματικότερων στόχων παρά τους περιορισμένους πόρους (Randle, 2003).

Όποια και αν είναι τα μέτρα για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος είναι σαφώς ανεπαρκή. Φαίνεται ότι ακόμα διατηρείται η διαχείριση του νοσοκομείου η οποία βασίζεται στον φόβο αντί στον σεβασμό. Όταν οι υψηλά ιστάμενοι συμμετέχουν στον εκφοβισμό, είναι λιγότερο πιθανό να υπάρξει υποστήριξη από την οργάνωση για να λυθεί το θέμα (Stevens, 2002). Καινούριες έρευνες δείχνουν ότι ο εκφοβισμός στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ένα πρόβλημα που οι προϊστάμενοι θα πρέπει να ασχοληθούν με αυτό, ως μέρος μιας συνολικής στρατηγικής με στόχο τη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης (Μπακάλης, 2015).

Η έρευνα των Yokoyama και συν., έδειξε πως ο εκφοβισμός μπορεί να προκύψει όταν η ηγεσία και το μάνατζμεντ του νοσοκομείου κρίνονται ανεπαρκή. Προτείνεται η σύσταση της ηγεσίας με αυθεντικούς ηγέτες. Σύμφωνα με μια έκθεση της American Association of Critical-Care Nurses (AACN), οι αυθεντικοί ηγέτες θεωρούνται ως άτομα έμπιστα, αξιόπιστα και που μπορούν εύκολα να γίνουν πιστευτά, και φαίνεται να σχετίζονται με την ικανοποίηση που τρέφουν οι υπάλληλοι για την εργασία τους, και για την δέσμευση ή αφοσίωση στην εργασία τους, καθώς και για την ευρύτερη αίσθηση της κοινότητας μεταξύ των συναδέλφων. Αυτή η μελέτη των Yokoyama και συν., προσθέτει στην μέχρι τώρα βιβλιογραφία, επισημαίνοντας την σημασία της αυθεντικής ηγεσίας στην ύφεση του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας. Γιατί όταν οι ηγέτες είναι αυθεντικοί, αποτελούν πρότυπα προς μίμηση κι αποτρέπουν έτσι σε πρώτη φάση τον εκφοβισμό. Έπειτα σε δεύτερη φάση οι νοσηλευτές μπορούν να μιλήσουν αμερόληπτα και με ασφάλεια για τη θέση τους.

Οι προϊστάμενοι και οι διαχειριστές θα πρέπει να αναλάβουν δράση όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με μια τέτοια συμπεριφορά και μπορούν να κινηθούν προς την αντιμετώπιση του εκφοβισμού μέσω

1. εξασφάλισης ότι το περιβάλλον είναι ένα ασφαλές μέρος για να εργαστούν,
2. εγγύησης ότι τα άτομα επικεντρώνονται στην απόδοση παρά την προστασία ή την εκδίκηση,
3. της τοποθέτησης του σεβασμού και της ευγένειας ως πυλώνες της οργανωτικής κουλτούρας,
4. της ανάπτυξης μιας πιο ανοικτής επικοινωνίας και της πρόσβασης με τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη
5. τη διασφάλιση ότι οι εποπτικές αρχές νοσηλευτικής λαμβάνουν επαρκή εικόνα των καταστάσεων

6. την εξασφάλιση ότι τα πρότυπα που αναφέρονται ειδικά στη διαχείριση του εκφοβισμού διατηρούνται μέσω ενός συστήματος διαχείρισης της απόδοσης
7. της παροχής προσιτών ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης για το σύνολο του προσωπικού και
8. της ανάπτυξης ενιαίας πολιτικής σχετικά με την παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους μηχανισμούς και την επίλυση συγκρούσεων.
(Martin, 2008;Stevens, 2002).

Οι οργανισμοί οφείλουν να ενισχύσουν τις πολιτικές μηδενικής ανοχής που περιλαμβάνει, μέτρα περιορισμού του εκφοβισμού και των διασπαστικών συμπεριφορών, ειδικά σε περιπτώσεις ανάρμοστης συμπεριφοράς, και φυσικής φθοράς συναδέλφων, και την προαγωγή και την προώθηση ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας. Το μήνυμα ότι ο εκφοβισμός δεν θα γίνει ανεκτός πρέπει να είναι απλό, σαφές, και να υπερασπίζεται τα δικαιώματα των νοσηλευτών (Randle, Stevenson, Greyling & Walker, 2007; Hickson, 2013).

Η ικανότητα των υψηλά ισταμένων να διακρίνουν μεταξύ της αναστάτωσης, των διαταραχών, και της διασπαστικής συμπεριφοράς είναι κρίσιμη, διότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη και την επίλυση αυτών των θεμάτων είναι συγκεκριμένες για κάθε τύπο. Το 2000, η AMA υιοθέτησε μία πολιτική κατά της διασπαστικής συμπεριφοράς. Το προσωπικό θα πρέπει να αναπτύξει πολιτικές παρέμβασης σε περιπτώσεις που οι πράξεις κάποιου θεωρούνται ως διασπαστικές. Οι πολιτικές αυτές επίσης θα πρέπει να περιέχουν και μέτρα προστασίας για όσους κάνουν αυτές τις παρεμβάσεις.

Το American Bar Association (ABA 2005) συνέστησε επίσης μία πολιτική πέντε βημάτων για την διασπαστική συμπεριφορά. Αυτή η πολιτική ξεκινά με μια προφορική προειδοποίηση και κορυφώνεται με τη δράση της σε παραπομπή στην κυβέρνηση, εάν η συμπεριφορά αυτή συνεχιστεί.

Το σύστημα υποστήριξης από τον οργανισμό συμπεριλαμβάνει βοήθεια ή προγράμματα του οργανισμού για τους εργαζόμενους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών σε μία έρευνα ανέρχεται στο 29,4% έλαβε υποστήριξη από τον οργανισμό όταν το θύμα ανέφερε το περιστατικό εργασιακού εκφοβισμού έγκαιρα στον άμεσο

ιστάμενο του, με τη συμπλήρωση αναφοράς για ατύχημα ή τραυματισμό, και αργότερα με χρηματική αποζημίωση (3,6%) (Zhao et al., 2015).

Όσοι εκτέθηκαν και στους δύο τύπους βίας αξιολόγησαν τις παρακάτω στρατηγικές ως αποτελεσματικές: τη χρήση προστατευτικού εξοπλισμού, τη βελτίωση ενδονοσοκομειακά στην αναφορά των περιστατικών, στην τήρηση στατιστικών και στις παρεμβάσεις, τις συχνότερες περιπολίες προσωπικού ασφαλείας, την ενδυνάμωση του προσωπικού με ενιαία υποστήριξη, και τέλος με προσωπικό αστυνομίας στο χώρο του νοσοκομείου και στην εγκαθίδρυση ενός νομικού πλαισίου. Οι στρατηγικές αυτές μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για να ανακουφίσουν τους επαγγελματίες υγείας που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους. Αποτελεσματικές στρατηγικές, όπως η θεραπευτική επικοινωνία, σεμινάρια για ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και εκπαίδευση για τη διαχείριση συγκρούσεων, μπορεί να παρέχει στους νοσηλευτές με τα εργαλεία για να ενισχύσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που γίνονται αντιληπτές ως καταχρηστικές (Budin, Brewer, Chao & Kovner, 2013).

Ειδικότερα, ο τρόπος αναφοράς των περιστατικών φαίνεται να διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην απόφαση του νοσηλευτή να καταγγείλει το περιστατικό βίας. Στους ιατρικούς και νοσηλευτικούς φακέλους των ασθενών συνήθως καταγράφονται περισσότερο εκδηλώσεις σωματικής βίας ή απειλής, από ότι περιστατικά λεκτικής κακοποίησης. Αντίθετα, ένα πολύ μικρό ποσοστό των θυμάτων υποβάλλει γραπτή έκθεση στο ηλεκτρονικό σύστημα αναφοράς του νοσοκομείου. Τέλος ένα όχι και τόσο αμελητέο ποσοστό (16%), καλεί το προσωπικό ασφαλείας για βοήθεια (Pompeii et al., 2015).

Στην πλειοψηφία τους οι νοσηλευτές προτιμούν να αντιμετωπίζουν τα περιστατικά μόνοι τους, να έρχονται σε επαφή με τον ιατρό ή τον νοσηλευτή βάρδιας για να ασχοληθεί με το περιστατικό, ή να αντιμετωπίζουν το περιστατικό με κάποιο συνάδελφο. Ένα μικρότερο ποσοστό νοσηλευτών δεν λαμβάνουν κανένα μέτρο, αναφέρουν το περιστατικό στην ασφάλεια του νοσοκομείου, και αναφέρουν το περιστατικό στην αστυνομία (Koukia et al., 2014).

Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν εκτεθεί και σε σωματική αλλά και σε ψυχολογική βία ευελπιστούν στην νόμιμη προστασία που θα τους καλύψει από περαιτέρω ταλαιπωρία. Για όσους έχουν εκτεθεί σε ψυχολογική βία, η εξήγηση των μηχανισμών στοχοποίησης ή θυματοποίησης είναι πολύ χρήσιμες στην πρόληψη του εκφοβισμού.

Στη συγκεντρωτική μελέτη που έχει γίνει για τον εκφοβισμό οι έρευνες συμφωνούν πως οι νοσηλευτές, δηλώνουν πως οι σχετικές οργανώσεις και αρχές δεν ενήργησαν αποτελεσματικά ώστε να υπερασπίσουν τους νοσηλευτές κατά του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, ούτε βοήθησαν στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση των εκφοβιστών. Σύμφωνα με τους νοσηλευτές, δεν υπάρχει ένα αποτελεσματικό νομικό μέσο που να προστατεύει τους νοσηλευτές από τον εκφοβισμό και να υπερασπίζεται τα δικαιώματά τους (Vagharseyyedin, 2016).

Ένα περιβάλλον δικαιοσύνης και εμπιστοσύνης μπορεί να μειώσει τη βία κατά των νοσηλευτών. Γι' αυτό το λόγο, θα πρέπει να αυξηθεί η υποστήριξη που παρέχεται από τον οργανισμό προς τους εργαζόμενους που έχουν εκτεθεί στη βία παρέχοντας τους ψυχολογική φροντίδα, υποστηρίζοντας τις προσπάθειές τους για αποζημίωση, όπως και για την εγκαθίδρυση και βελτίωση των συστημάτων συμπλήρωσης αναφορών, καθώς και εκπαιδευόντάς τους ως προς την ανάπτυξη των ικανοτήτων αντίδρασης έναντι του εκφοβισμού και του θύτη.

Η θέση της Μικτής Επιτροπής (2008) για την ανάρμωση συμπεριφορά και την ασφάλεια των ασθενών παρέχει πρόσθετη αξιοπιστία στην αναγνώριση της οριζόντιας βίας ως νόμιμο εργασιακό θέμα. Οι προϊστάμενοι μπορούν να αρχίσουν να αναπτύσσουν στρατηγικές διαχείρισης και προσεγγίσεις για να βοηθήσουν στην ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου στο χώρο εργασίας. Επιβεβαιώνεται ότι η εκπαίδευση είναι ένα απαραίτητο στοιχείο για την επιτυχή πρόληψη κατά της βίας στον εργασιακό χώρο. Η πλειοψηφία των ειδικών που ασχολούνται με το θέμα του εκφοβισμού θεωρούν πως ένα τυπικό εκπαιδευτικό σεμινάριο είναι ένα που απευθύνεται και στη θεωρία (κατανόηση του φαινομένου, είδη και χαρακτηριστικά εκφοβισμού) και στην πρόληψη (εκτίμηση του κινδύνου και η λήψη προφυλακτικών μέτρων) (Zhao et al., 2015).

Η καθιέρωση υψηλών προσδοκιών απόδοσης θα πρέπει να περιλαμβάνουν την ευγένεια στο χώρο εργασίας, νοσηλευτικά προγράμματα προσανατολισμού και μοντελοποίηση επαγγελματικών συμπεριφορών ώστε να παρέχουν μια βάση για την προώθηση μιας υγιούς εργασιακής κουλτούρας. Οι εκπαιδευτικοί έχουν παρόμοια ευθύνη για την ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής που εκπαιδεύουν και ενθαρρύνουν το διάλογο σχετικά με την οριζόντια βία για να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση και να παρέχει στους φοιτητές της Νοσηλευτικής τις δεξιότητες να αναγνωρίζουν τις εκδηλώσεις εκφοβισμού.

Η μέθοδος καθοδήγησης είναι μια σημαντική στρατηγική για την αντιμετώπιση του εκφοβισμού στο περιβάλλον του χώρου εργασίας. Η καθοδήγηση μπορεί να οριστεί ως μια έντονη σχέση μεταξύ ενός αρχάριου και ενός έμπειρου επαγγελματία που προωθεί το ρόλο της κοινωνικοποίησης και δημιουργεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Μπορεί να θεωρηθεί ως άλλη μία εκπαιδευτική μέθοδος που έχει αρκετά οφέλη για το νοσηλευτικό προσωπικό όπως τις άριστες σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, την προσωπική ανάπτυξη του χαρακτήρα και των ικανοτήτων, την επαγγελματική εξέλιξη μέσω της συνέχειας της εκπαίδευσης και την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας από τους νοσηλευτές.

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής σε έκθεση του το 2010, σχετικά με το μέλλον της Νοσηλευτικής, η μέθοδος της καθοδήγησης είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για την ενίσχυση του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού και την βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών (Μπακάλης, 2015).

Η καθοδήγηση περιλαμβάνει τόσο μια συναισθηματική όσο και μια μεταβατική σχέση στην οποία ο έμπειρος επαγγελματίας διδάσκει, οδηγεί και χρησιμεύει ως πρότυπο για το λιγότερο έμπειρο νοσηλευτή. Μέντορας ονομάζεται ο έμπειρος επαγγελματίας υγείας που θα καθοδηγήσει το νέο νοσηλευτή στην αρχή της επαγγελματικής σταδιοδρομίας του. Οι μέντορες μπορούν να βοηθήσουν τους νέους νοσηλευτές να αναπτύξουν προηγμένες κλινικές δεξιότητες, μαζί με την κριτική σκέψη, διατηρώντας παράλληλα την Έκφραση της Νοσηλευτικής. Η καθοδήγηση έχει σκοπό να βελτιώσει την νοσηλευτική επάρκεια, καθώς και να αυξήσει την αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών. Οι έμπειροι νοσηλευτές ως καθοδηγητές δείχνουν τις πρακτικές φροντίδας ενός ασθενούς δημιουργώντας ένα συμπονετικό, υποστηρικτικό και θεραπευτικό περιβάλλον για τον ασθενή. Με αυτούς τους τρόπους, ισχυρές ομάδες μέντορα- καθοδηγούμενου βελτιώνουν τα αποτελέσματα της περίθαλψης των ασθενών (Μπακάλης, 2015).

Προϋπόθεση όμως, της αποτελεσματικής συμβουλευτικής είναι ο δημιουργικός διάλογος, όπου ο Νοσηλευτής-σύμβουλος ύστερα από προσεκτική ενεργητική ακρόαση θέτει ένα εξατομικευμένο πλάνο μέσα από παρατηρήσεις, εισηγήσεις, προκειμένου να ενισχύσει την αυτοεικόνα, την αυτογνωσία και την αυτοπεποίθηση των εμπλεκόμενων και να βελτιώσει την ψυχική τους κατάσταση (Μπακάλης, 2015).

Συνοπτικά, η έλλειψη ευαισθησίας και η έλλειψη αυθεντικών ηγετών, των αρμόδιων οργανισμών προς τις ασεβείς συμπεριφορές μπορεί, στην πραγματικότητα, να

ανοίξει τον δρόμο για την εμφάνισή τους. Ένα υγιέστερο περιβάλλον εργασίας, η αποτελεσματική ηγεσία και η υποστήριξη από τα διοικητικά και διευθυντικά στελέχη δύναται να μειώσει τον εκφοβισμό μεταξύ των νοσηλευτών στον χώρο εργασίας. Οι νοσηλευτές περιμένουν από τις νοσηλευτικές οργανώσεις και ενώσεις να τους βοηθήσουν να λύσουν τα επαγγελματικά τους προβλήματα, να ενισχύσουν τη δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος καθώς και να προστατέψουν τα δικαιώματά τους (Vagharseyyedin, 2016).

ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μεταξύ των χωρών της ΕΕ, η Ελλάδα μαζί με την Ισπανία βρίσκονται στην πέμπτη υψηλότερη θέση φαινομένων εκφοβισμού και παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, με τα υψηλότερα ποσοστά να βρίσκονται στην Αυστρία και την Ιταλία. Τα στοιχεία αυτά αντανακλούν τη σοβαρότητα της κατάστασης στη χώρα μας. Ωστόσο, το ελληνικό Υπουργείο Υγείας δεν έχει εφαρμόσει τα κατάλληλα θεσμικά μέτρα για την καταπολέμηση του φαινομένου του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. (Karatza, Zyga, Tziaferi, & Prezerakos, 2016).

Στα ελληνικά νοσοκομεία η φροντίδα είναι ιατρικώς προσανατολισμένη, δηλαδή η φροντίδα στηρίζεται στις οδηγίες των ιατρών. Στο ελληνικό σύστημα υγείας οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένη αυτονομία. Ο νόμος δεν είναι σαφής όσον αφορά το πλαίσιο παρέμβασης (καθηκοντολόγιο) των νοσηλευτών. Ένας άλλος λόγος μπορεί να είναι ότι στην Ελλάδα η έλλειψη προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης συνδυάζεται με ένα μεγάλο φόρτο εργασίας. Στα ελληνικά νοσοκομεία η παροχή φροντίδας βασίζεται κυρίως στους νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό προσθέτει εξαιρετικά υψηλό στρες και κούραση στο προσωπικό, και ο ήδη μεγάλος φόρτος εργασίας του προσωπικού και η έλλειψη προσωπικού οδηγεί σε πολλές περιπτώσεις, σε αντιπαραθέσεις με τους γιατρούς. Όταν ο νοσηλευτής καθυστερεί να παρέχει φροντίδα, ο γιατρός πολλές φορές τον κατηγορεί για την καθυστέρηση αυτή και μπορεί ακόμα να προβεί και σε πράξεις εκφοβιστικές. Επιπλέον, οι περιορισμένες συνεδριάσεις της διεπιστημονικής ομάδας ή οι συνεδριάσεις όπου αποκλείονται οι νοσηλευτές, προσθέτουν επιπλέον δυσκολία για τους εργαζόμενους νοσηλευτές και επιδεινώνουν την ένταση μεταξύ συναδέλφων (Koukia et al 2009).

Από τις πιο κοινές αιτίες στα ελληνικά νοσοκομεία για πράξεις εκφοβισμού γενικά είναι οι καθυστερήσεις στην ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα, η απαγόρευση του καπνίσματος στον χώρο του νοσοκομείου, η παραβίαση των ωρών επισκεπτηρίου και οι

διαφωνίες / κακή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού (Koukia, Madianos & Katostarar, 2009).

Ένας ακόμη πιθανός λόγος για την εμφάνιση φαινομένων εκφοβισμού στην Ελλάδα είναι ότι τα ελληνικά νοσοκομεία δεν έχουν καμία πολιτική στο χώρο εργασίας που να αφορά τη βίαιη συμπεριφορά που υπόκειται το προσωπικό (Koukia et al., 2014).

Ως αποτέλεσμα του εκφοβισμού, οι νοσηλευτές αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας που άθελά τους μπορεί να οδηγήσουν στη δημιουργία απρόσωπων σχέσεων με τους ασθενείς. Αυτές οι σχέσεις μπορεί να εκφυλιστούν γρήγορα και να γίνουν αρνητική συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς ενώ, δυνητικά μπορεί να οδηγήσουν σε μια ποικιλία από επιβλαβείς συνέπειες όπως, τα λάθη στη φροντίδα, το μειωμένο επίπεδο παρεχόμενης φροντίδας και η έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών (Karatzar, Zyga, Tziaferi, & Prezerakos, 2016).

Οι κυριότεροι τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τους έλληνες νοσηλευτές είναι το να μοιράζονται την εμπειρία τους με έναν συνάδελφό, ακόμα κι αν αναγνωρίζουν ότι αυτό το είδος της υποστήριξης είναι ανεπαρκής. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το ελληνικό προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει καμία εκπαίδευση σε στρατηγικές αποκλιμάκωσης βίαιων περιστατικών και αναζητά υποστήριξη από τους συναδέλφους όπου φαίνεται να είναι η μόνη δυνατή λύση . Πολλές φορές το προσωπικό αισθάνεται ανήμπορο να κάνει κάτι γι 'αυτήν την κατάσταση (Koukia, Madianos & Katostarar, 2009; Koukia et al., 2014).

Με βάση τα πορίσματα της μελέτης των Karatzar, Zyga, Tziaferi, και Prezerakos (2016), το νοσηλευτικό προσωπικό των ελληνικών νοσοκομείων είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένο σε πιθανές πράξεις εκφοβισμού. Επιπλέον, η έρευνα επιβεβαίωσε την εγγενή φύση των αρνητικών συναισθημάτων που προκύπτουν από τον εκφοβισμό και αποκάλυψε την αξία των συστημάτων υποστήριξης για τη διαχείριση των αρνητικών επιπτώσεων του εκφοβισμού. Οι παραπάνω πληροφορίες θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να κατευθύνουν τις πολιτικές διαχείρισης του εκφοβισμού, οι οποίες θα πρέπει να επανεξετάζονται τακτικά με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων. Ο εκφοβισμός είναι απαράδεκτος σε οποιοδήποτε πλαίσιο, τουλάχιστον όλων των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης. Είναι ευθύνη όλων των Υπουργείων Υγείας να θέσουν διαδικασίες για την εξάλειψη εκφοβισμού από το χώρο εργασίας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της πτυχιακής μας ήταν η διερεύνηση του φαινομένου του εκφοβισμού και ιδιαίτερα της λεκτικής κακοποίησης, σε εργαζόμενους νοσηλευτές σε ένα τριτοβάθμιο γενικό νοσοκομείο της Κρήτης.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Μέσω της δικής μας έρευνας προσπαθήσαμε να μελετήσουμε τη συχνότητα των περιστατικών λεκτικής βίας σε εργαζόμενους νοσηλευτές και να προσδιορίσουμε τον τύπο και τους κυριότερους δράστες των περιστατικών αυτών. Επιπλέον, αναζητήσαμε τις συνέπειες που απορρέουν από τα επεισόδια λεκτικής κακοποίησης, τόσο σε σωματικό όσο και ψυχολογικό επίπεδο στους νοσηλευτές που έγιναν δέκτες τέτοιων συμπεριφορών. Τέλος, θέλαμε να δούμε αν υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης των βίαιων συμπεριφορών, ποιοι είναι αυτοί και αν υπάρχουν προστατευτικοί παράγοντες ή παράγοντες κινδύνου για την αντιμετώπιση των φαινομένων λεκτικής κακοποίησης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Είδος Μελέτης

Ο τύπος της μελέτης που πραγματοποιήσαμε είναι η περιγραφική μελέτη. Σύμφωνα με την Nieswiadomy (2012), σε μία περιγραφική μελέτη μπορούν να περιγράψουν κάποια φαινόμενα ή να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Επιλέχτηκε η περιγραφική μελέτη διότι σκοπεύαμε να περιγράψουμε το φαινόμενο του εκφοβισμού κι ιδιαίτερα της λεκτικής κακοποίησης και να εξετάσουμε τις σχέσεις που προκύπτουν μεταξύ των χαρακτηριστικών των ατόμων και τον τρόπο που επιδρούν στο φαινόμενο, και αντίστροφα πως το φαινόμενο του εκφοβισμού και η λεκτική κακοποίηση επηρεάζει τα άτομα. Αρχικά περιγράφεται το πόσο συχνά αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές φαινόμενα λεκτικής βίας. Έπειτα μελετώνται οι επιπτώσεις που μπορεί να έχουν τα περιστατικά λεκτικής βίας σε διάφορους τομείς της ζωής των νοσηλευτών ενώ στην συνέχεια περιγράφονται οι τρόποι με τους οποίους οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν αυτά τα περιστατικά λεκτικής βίας.

Πεδίο

Το πεδίο της έρευνας μας ήταν το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ), το οποίο προσφέρει τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και χωρίζεται σε έξι τομείς. Τους Α και Β παθολογικούς και χειρουργικούς τομείς, τον ψυχιατρικό τομέα και τον τομέα κοινωνικής ιατρικής. Συνολικά έχει περίπου 33 κλινικές και περισσότερες από 672 κλίνες.

Μέθοδος Δειγματοληψίας

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για να δημιουργηθεί το δείγμα και να συλλεχθούν πληροφορίες ήταν αυτή της σκόπιμης δειγματοληψίας. Η σκόπιμη δειγματοληψία αφορά την επιλεκτική επιλογή των υποκειμένων της μελέτης. Τα υποκείμενα της μελέτης επιλέγονται από το ερευνητή ή από κάποιον ειδικό με τέτοιο τρόπο ώστε να αντιπροσωπεύουν τον προσβάσιμο πληθυσμό (Nieswiadomy, 2012).

Στην έρευνά μας αποφασίσαμε να συμμετάσχουν νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης(ΠΕ), Τεχνολογικής Εκπαίδευσης(ΤΕ) και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης(ΔΕ), οι οποίοι είχαν τουλάχιστον πέντε έτη εργασίας ως νοσηλευτές. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν μόνο τα λιγότερα από πέντε έτη εργασίας και η ελλιπής συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Δείγμα

Το δείγμα αποτέλεσαν 151 νοσηλευτές από 13 κλινικές του ΠΑΓΝΗ. Αυτές ήταν η αγγειοχειρουργική/ καρδιοχειρουργική, παθολογική, καρδιολογική, γενική χειρουργική, πνευμονολογική, νευροχειρουργική, μαιευτική/ γυναικολογική, παιδιατρική, παιδοχειρουργική, παθολογική ογκολογική, ορθοπεδική, ΤΕΠ και ΜΕΘ. Από τους 151 οι 18 ήταν άνδρες και οι υπόλοιποι 133 γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν $41,7 \pm 6,5$. Το 70,9 % είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση και ήταν νοσηλευτές, ενώ το 29,1 είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ήταν βοηθοί νοσηλευτών. Τα μέσα έτη εργασίας ήταν $16,1 \pm 7,5$ έτη.

Ερευνητικό Εργαλείο

Ως εργαλείο μελέτης χρησιμοποιήθηκε το διεθνές ερωτηματολόγιο VERBAL ABUSE SCALE, το οποίο μεταφράστηκε στα ελληνικά από την Δρ. Μαλλιαρού, Επιστημονική Συνεργάτη στο ΤΕΙ Θεσσαλίας, στο Τμήμα Νοσηλευτικής και συνεργάτες. Η σύνθεση του οποίου βασίστηκε στη σχετική διεθνή βιβλιογραφία και για τη χρήση του οποίου μας έχει παραχωρηθεί εγγράφως η σχετική άδεια.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από πέντε ενότητες όπου σε κάθε ερώτημα δίνεται απάντηση σε 5βαθμη κλίμακα Likert. Η 1η ενότητα καταγράφει την συχνότητα

και την σοβαρότητα 10 διαφορετικών περιπτώσεων λεκτικής βίας. Η συχνότητα βαθμολογείται σε κλίμακα από το 1 έως 5 όπου το 1 είναι το ποτέ και το 5 καθημερινά. Το πόσο στρεσογόνο είναι το γεγονός βαθμολογείται επίσης σε κλίμακα από 1 έως 5 όπου το 1 είναι καθόλου και το 5 εξαιρετικά στρεσογόνο. Η 2η ενότητα περιγράφει την γνωστική εκτίμηση – αντίδραση στο περιστατικό της λεκτικής βίας. Η 3η ενότητα περιγράφει τον τρόπο αντιμετώπισης του περιστατικού λεκτικής κακοποίησης από το θύμα. Η 4η ενότητα καταγράφει την σοβαρότητα της συνέπειας του περιστατικού. Τέλος η 5η ενότητα περιγράφει τα συναισθήματα του θύματος αλλά και τον βαθμό αυτών μετά την εμπειρία της λεκτικής κακοποίησης (Μαλλιαρού Μ. και συν. 2015).

Κλίμακα 1, Συχνότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης.

Κλίμακα 1, Σοβαρότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης.

Κλίμακα 2, Γνωστική Εκτίμηση λεκτικής κακοποίησης.

Κλίμακα 3, Διαχείριση λεκτικής κακοποίησης.

Κλίμακα 4, Σοβαρότητα Συνεπειών λεκτικής κακοποίησης.

Κλίμακα 5, Συναισθήματα από λεκτική κακοποίηση.

Για κάθε μια από τις παραπάνω 5 κλίμακες του VERBAL ABUSE SCALE (VAS) υπολογίστηκε σχετικός δείκτης της Κλίμακας ως μέση βαθμολογία (average score) των αντίστοιχων ερωτήσεων. Υπολογίστηκαν επίσης οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach (βλ. πίνακα 3).

Συλλογή Δεδομένων

Μοιράστηκαν, από τον Μάρτιο 2016 έως τον Ιούνιο 2016, στο σύνολο 152 ερωτηματολόγια και στις 13 κλινικές που αποφασίσαμε να ερευνήσουμε. Από τα 152 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν επιστράφηκαν όλα. Το response rate ήταν 100%. Ένα από τα ερωτηματολόγια αποκλείστηκε λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης των ερωτήσεων τα αποτελέσματα της έρευνας αφορούν τα 151 σωστά συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και συμπληρώθηκαν υπό την παρουσία μας, χωρίς καμία παρέμβαση από εμάς ως προς την συμπλήρωσή τους, ενώ πρωτύτερα δόθηκαν επεξηγήσεις για τον τρόπο συμπλήρωσης του και απαντήθηκαν όσα ερωτήματα προέκυψαν κατά τη συμπλήρωσή του.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος Excel 2016 και των πρόσθετων του. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 151 νοσηλευτών και νοσηλευτριών που δέχτηκαν και συμμετείχαν στην έρευνα. Στον έλεγχο διαφοράς και συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε ερωτήσεις υποδοχής ή απόψεων για την λεκτική βία, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος χ^2 ενώ εκτιμήθηκαν και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω τεχνικών bootstrap. Οι κατανομές των κλιμάκων του VAS ελέγχθηκαν μέσω της μεθόδου κατά Blom για την κανονικότητα τους ενώ οι συσχετίσεις που ακολούθησαν έγιναν μέσω των συντελεστών κατά Pearson. Επίσης εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης για τη σύγκριση των επιπέδων των κλιμάκων σε ομάδες ηλικιών ή ετών εργασίας. Ως συμμεταβλητές ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν κατά περίπτωση το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, η ιδιότητα και τα έτη εργασίας. Η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον έλεγχο Levene. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνάς μας παρατίθενται στον Πίνακα 1. Αρχικά όσον αφορά το φύλο το 88,1% του δείγματος αποτελούταν από γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν τα 41,7±6,5 έτη, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, με ποσοστό 43,7%, άνηκε στην ηλικιακή ομάδα των 36-45 έτη ηλικίας. Το 70,9% του δείγματός μας ήταν νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ οι υπόλοιποι ήταν βοηθοί νοσηλευτών. Τα μέσα χρόνια εργασίας ήταν 16,1±7,5.

Πίνακας 1. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των 151 εργαζόμενων νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα.

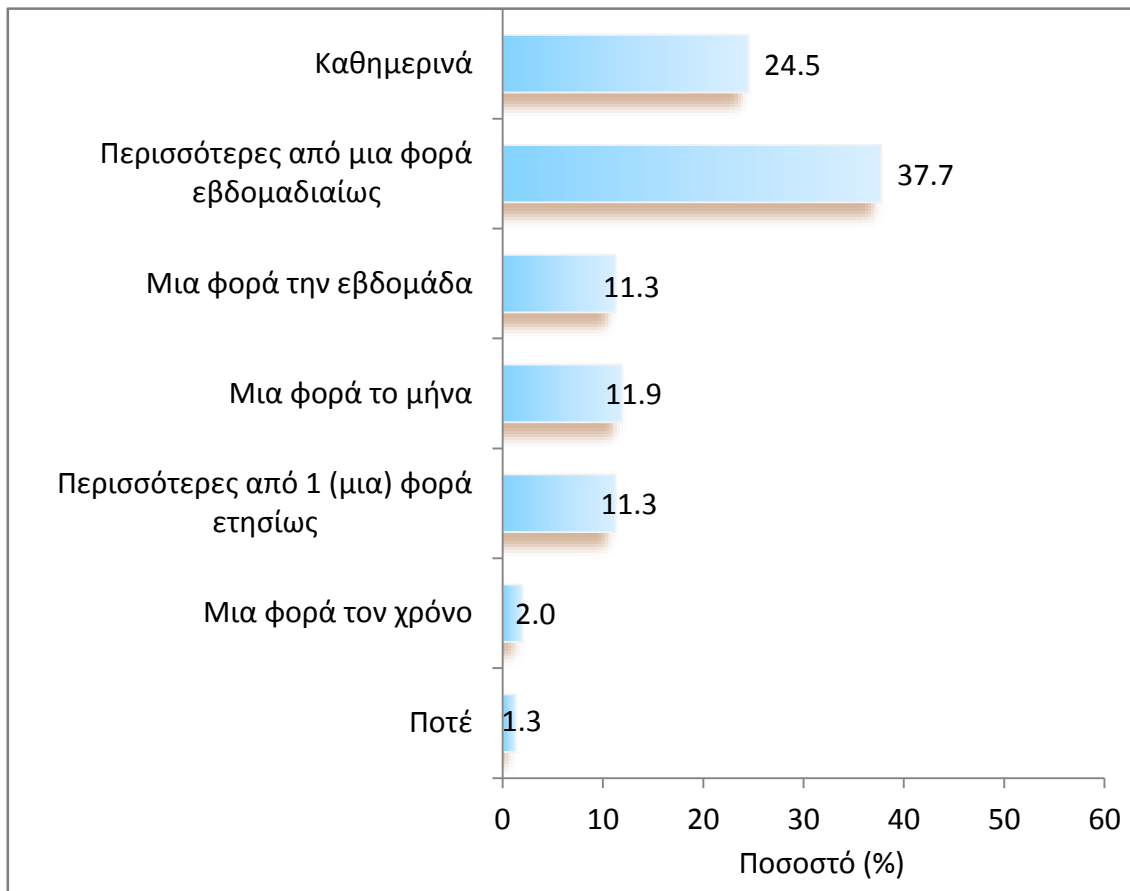
		v	%
Φύλο	<i>άνδρας</i>	18	11,9
	<i>γυναίκα</i>	133	88,1
Ηλικία, χρόνια	<i>28-35</i>	32	21,2
	<i>36-45</i>	66	43,7
	<i>46-53</i>	53	35,1
	<i>μέση ηλικία±τυπ. απόκλ.</i>	41,7±6,5	
Εκπαίδευση	<i>ΠΕ</i>	6	4,0
	<i>ΤΕ</i>	101	66,9
	<i>ΔΕ</i>	44	29,1
Ιδιότητα	<i>νοσηλεύτης/τρια</i>	107	70,9
	<i>βοηθός</i>	44	29,1
Τμήμα εργασίας	<i>ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ- ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i>	14	9,3
	<i>ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i>	9	6,0
	<i>ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ</i>	13	8,6
	<i>ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ</i>	10	6,6

<i>ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</i>	12	7,9
<i>ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i>	14	9,3
<i>ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ</i>	12	7,9
<i>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ</i>	11	7,3
<i>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ</i>	11	7,3
<i>ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ</i>	10	6,6
<i>ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i>	5	3,3
<i>ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ</i>	8	5,3
<i>ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ</i>	22	14,6
Χρόνια εργασίας	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ.</i>	16,1±7,5

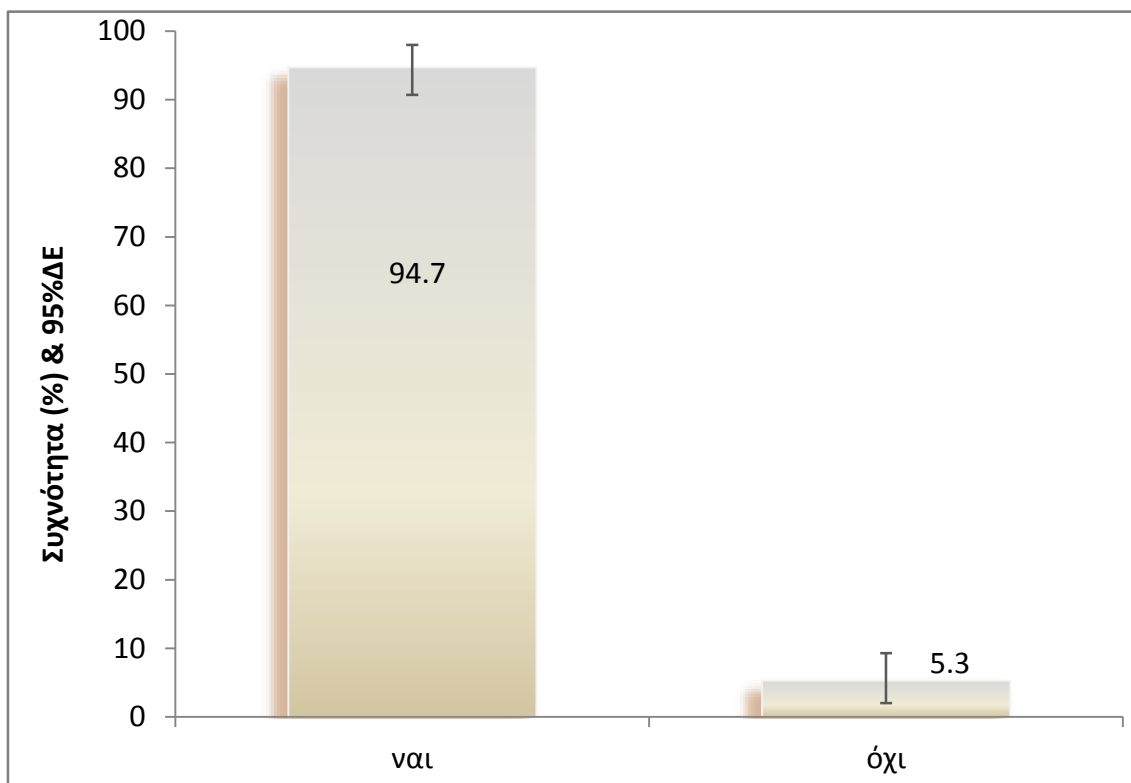
Στα αποτελέσματά περιγράφονται οι απαντήσεις του δείγματος σε μερικές βασικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα όπως φαίνεται και στο Σχήμα 1, 37,7% των νοσηλευτών του δείγματος θεωρεί ότι οι νοσηλευτές γίνονται αποδέκτες λεκτικής βίας περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως και 24,5% θεωρούν ότι γίνονται αποδέκτες λεκτικής βίας καθημερινά. Αξίζει να αναφέρουμε πως μόνο ένα μικρό ποσοστό του δείγματος της τάξης του 1,3% θεωρεί ότι οι νοσηλευτές ποτέ δεν υπήρξαν αποδέκτες βίαιων λεκτικών συμπεριφορών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό του δείγματος αναφέρει πως όντως έχει δεχθεί λεκτική βία. Το ποσοστό αυτών που έχουν δεχθεί λεκτική βία ανέρχεται στο 94,7%, όπως φαίνεται στο Σχήμα 2. Συνολικά 143 (94,7%) δήλωσαν ότι υπέστησαν συμβάντα λεκτικής βίας. Από αυτούς τους 143, 93% απάντησε πως το περιστατικό βίας συνέβη παρουσία άλλων (Σχήμα 3.)

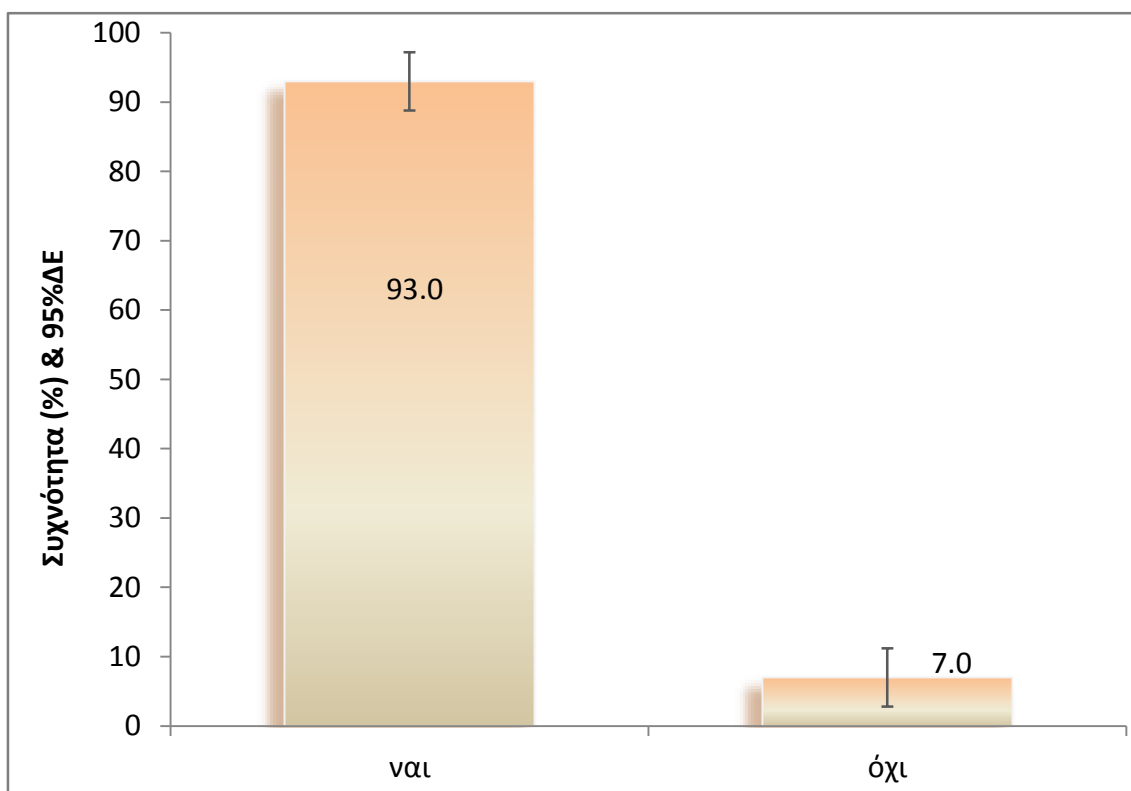
Σχήμα 1. Συχνότητα κατανομής απαντήσεων στην ερώτηση «Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές γίνονται αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;».



Σχήμα 2. Συχνότητα κατανομής απαντήσεων στην ερώτηση «Έχετε δεχθεί λεκτική βία στο χώρο εργασίας σας;».

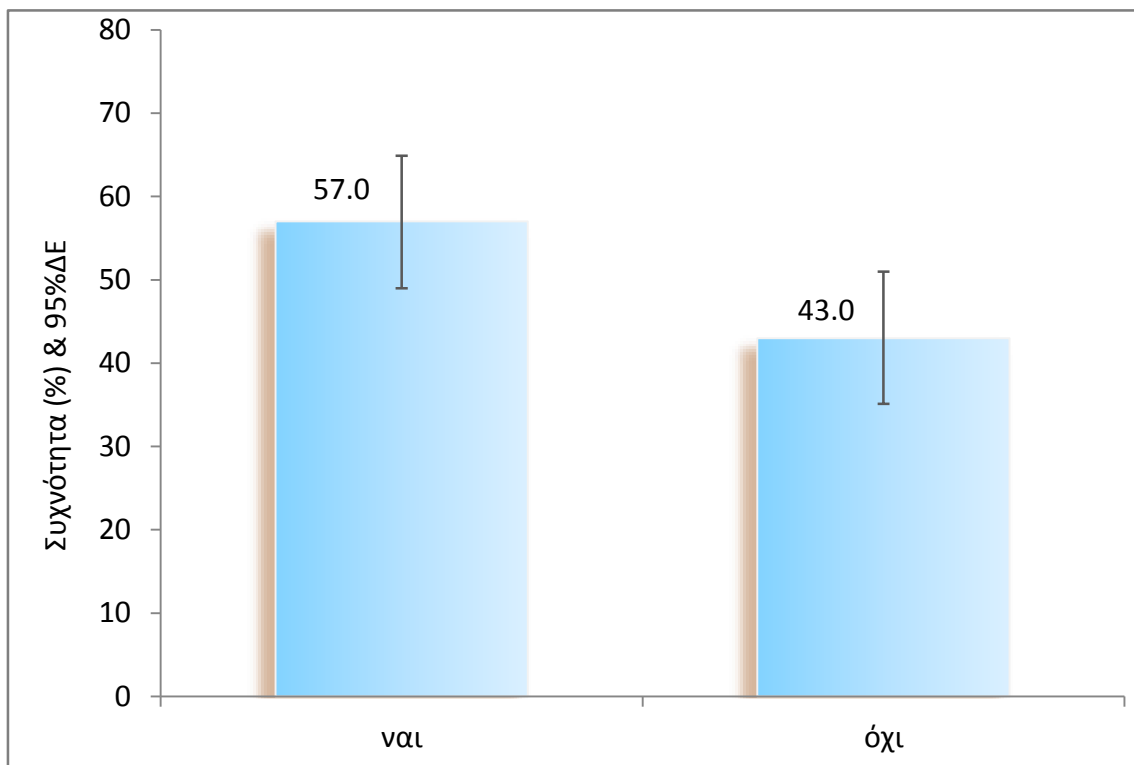


Σχήμα 3. Συχνότητα κατανομής απαντήσεων στην ερώτηση «Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;».

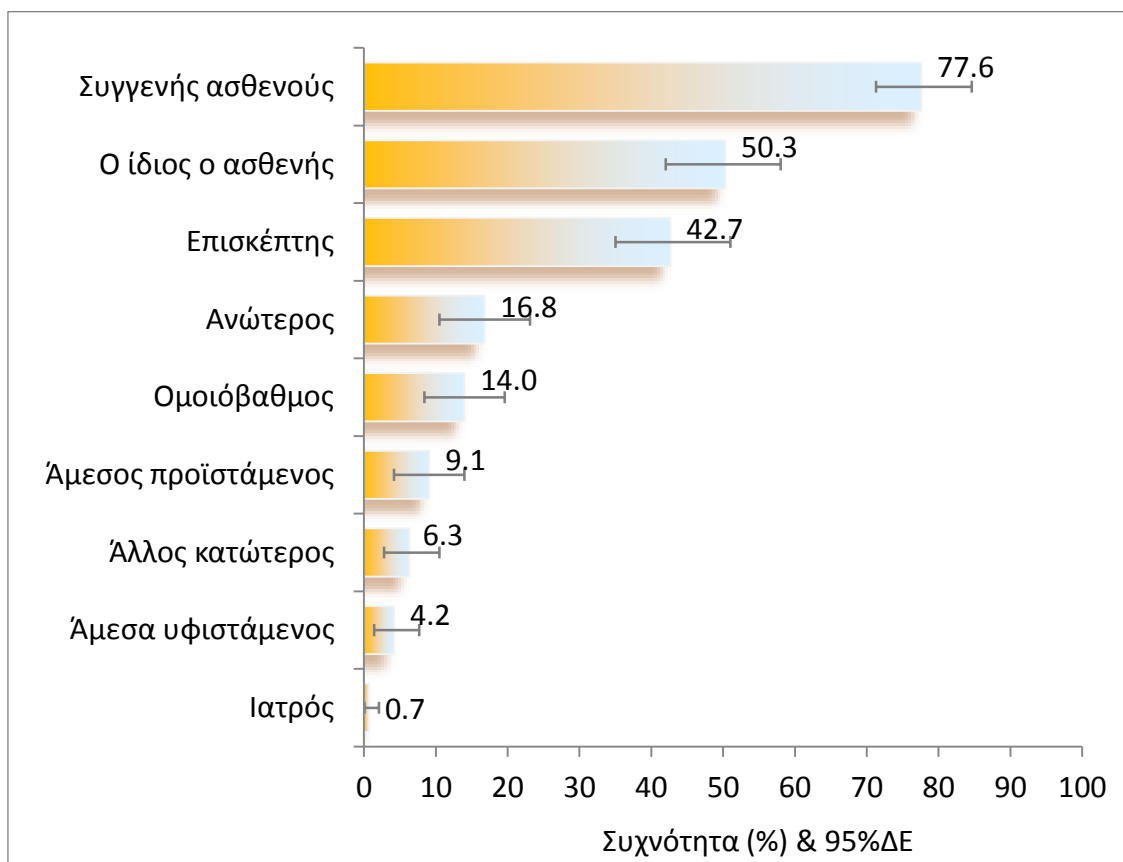


Συνολικά όλοι όσοι συμμετείχαν στην έρευνα πιστεύουν σε ποσοστό 57% ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του, όπως δείχνει το Σχήμα 4. Στο Σχήμα 5, αναδεικνύονται οι κυριότεροι δράστες βάσει αυτών που δέχθηκαν λεκτική βία (143 άτομα). Οι κύριοι δράστες είναι οι συγγενείς των ασθενών με συντριπτικό ποσοστό 77,6%. Ακολουθούν με 50,3% οι ίδιοι οι ασθενείς και με 42,7% οι επισκέπτες. Αξιοσημείωτο είναι το ελάχιστο και μικρότερο όλων, ποσοστό, 0,7% που αναδεικνύει τους ιατρούς ως δράστες.

Σχήμα 4. Συχνότητα κατανομής απαντήσεων στην ερώτηση «*Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;*».



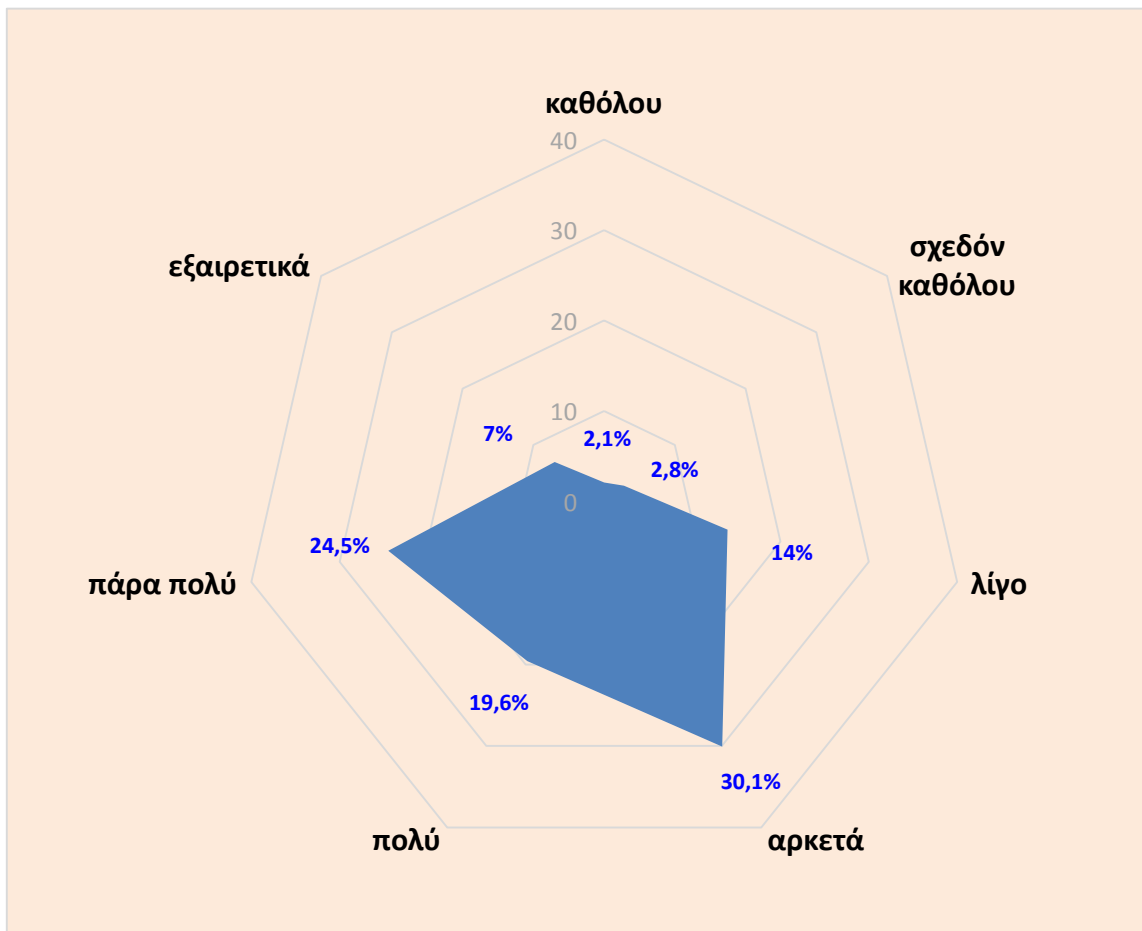
Σχήμα 5. Σχέση με τα άτομα από τα οποία δέχτηκαν εκφοβισμό οι 143 εργαζόμενοι νοσηλευτές/τριες της μελέτης.



Στην ερώτηση πόσο αγχωτικό ήταν το περιστατικό λεκτικής βίας, αναφέρουμε πως το 30,1% ανέφερε πως το γεγονός ήταν αρκετά αγχωτικό και το 24,5% ανέφερε πως το γεγονός ήταν πάρα πολύ αγχωτικό. Όπως περιγράφεται και στο Σχήμα 6 μόνο το 2,1% απάντησε πως το γεγονός δεν τους άγχωσε καθόλου.

Όσον αφορούν τα γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά και τη σχέση με τη λεκτική κακοποίηση (Πίνακας 2.), το δείγμα μας συνολικά συμπεριλάμβανε $n=18$ άνδρες από τους οποίους και οι 18 δέχθηκαν λεκτική βία, ενώ από τις 133 γυναίκες, το 94% αυτών δέχθηκαν λεκτική βία. Δεν παρατηρήθηκε κάποια ιδιαίτερη διαφοροποίηση που να αφορά την ηλικία, την εκπαιδευτική βαθμίδα, την ιδιότητα ή τα χρόνια εργασίας. Αξίζει να αναφέρουμε πως όλοι όσοι εργαζόταν στην Καρδιοχειρουργική-Αγγειοχειρουργική, Παθολογική, Καρδιολογική, Παιδοχειρουργική, Πνευμονολογική κλινική και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ανέφεραν σε ποσοστά 100% πως είχαν δεχθεί βίαιες λεκτικές συμπεριφορές. Παρ' όλα αυτά και οι υπόλοιπες κλινικές εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά.

Σχήμα 6. Βαθμός άγχους της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς στους 143 εργαζόμενους νοσηλευτές/τριες της μελέτης.



Πίνακας 2. Υποδοχή λεκτικής βίας σε σχέση με τα γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των 151 εργαζόμενων νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα.

		v	Λεκτική Βία		p-value
			v		
			Ναι (v=143)	Όχι (v=8)	
			%		
Φύλο	άνδρας	18	100,0	-	0,285
	γυναίκα	133	94,0	6,0	
Ηλικία, χρόνια	28-35	32	93,8	6,3	0,827
	36-45	66	93,9	6,1	
	46-53	53	96,2	3,8	

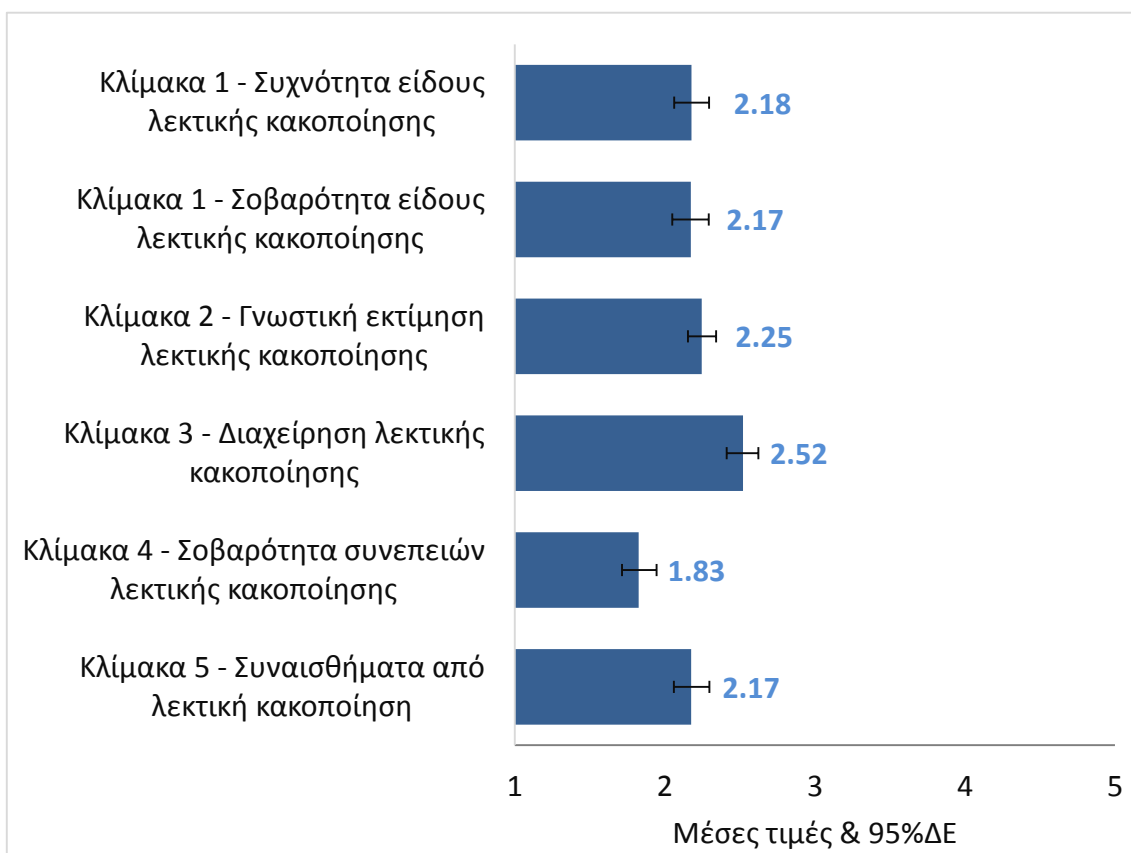
Εκπαίδευση	<i>ΠΕ</i>	6	100,0	-	
	<i>ΤΕ</i>	101	96,0	4,0	0,376
	<i>ΔΕ</i>	44	90,6	9,1	
Ιδιότητα	<i>νοσηλεύτης/τρια</i>	107	96,3	3,7	0,232
	<i>βοηθός</i>	44	90,9	9,1	
Τμήμα εργασίας	<i>ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i>	14	100,0	-	
	<i>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ</i>	11	100,0	-	
	<i>ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ</i>	13	100,0	-	
	<i>ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i>	5	100,0	-	
	<i>ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ</i>	8	100,0	-	
	<i>ΤΕΠ</i>	22	100,0	-	
	<i>ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i>	14	92,9	7,1	0,591
	<i>ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ</i>	12	91,7	8,3	
	<i>ΜΕΘ</i>	12	91,7	8,3	
	<i>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ</i>	11	90,9	9,1	
	<i>ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ</i>	10	90,0	10,0	
	<i>ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i>	9	88,9	10,1	
	<i>ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ</i>	10	80,0	20,0	
Χρόνια εργασίας	<i><17</i>	75	94,7	5,3	0,985
	<i>17+</i>	76	94,7	5,3	

Έλεγχοι χ^2

Πίνακας 3. Επίπεδα κλιμάκων ερωτηματολογίου VAS των 143 εργαζόμενων νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Κλίμακα	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	Διάμεσος	Εύρος τιμών κλ.	Cronbach's α
1. Συχνότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	2,18	0,72	2,25	1-5	0,842
1. Σοβαρότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	2,17	0,76	2,17	1-5	0,860
2. Γνωστική Εκτίμηση λεκτικής κακοποίησης	2,25	0,58	2,20	1-5	0,765
3. Διαχείριση λεκτικής κακοποίησης	2,52	0,67	2,53	1-5	0,807
4. Σοβαρότητα Συνεπειών λεκτικής κακοποίησης	1,83	0,73	1,69	1-5	0,915
5. Συναισθήματα από λεκτική κακοποίηση	2,17	0,73	2,11	1-5	0,913

Σχήμα 7. Συγκριτική διαβάθμιση επιπέδων (μέσες τιμές και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης) κλιμάκων ερωτηματολογίου VAS των 143 εργαζόμενων νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα.



Όρια κλιμάκων: Κλίμακα 1-Συχνότητα (1:ποτέ έως 5:κάθε μέρα), Κλίμακα 1-Σοβαρότητα (1:καθόλου έως 5:εξαιρετικά αγχωτικό), Κλίμακες 2-5 (1:καθόλου έως 5:πάρα πολύ).

Το σχήμα 7 δίνει συγκρίσεις μεταξύ ομοειδών κλιμάκων όπως είναι οι 1 και 1 ή οι 2-5 (όμοιες διαβαθμίσεις). Γενικά, μέσω των 95%ΔΕ προκύπτει ότι την σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία έχει η κλίμακα 3 που υποδηλώνει την καλύτερη δυνατή προσπάθεια για διαχείριση της υποδεχόμενης λεκτικής βίας ($p < 0.05$), έναντι των άλλων κλιμάκων. Αντίθετα, τη σημαντικά χαμηλότερη ενέχει η κλίμακα 4 και άρα η σοβαρότητα των συνεπειών που προσδίδουν στην υποδεχόμενη λεκτική βία ($p < 0.05$) έναντι των άλλων κλιμάκων.

Πίνακας 4. Συσχέτιση κλιμάκων ερωτηματολογίου VAS των 143 εργαζόμενων νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα.

	1. Συχνότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	1. Σοβαρότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	2. Γνωστική Εκτίμηση λεκτικής κακοποίησης	3. Διαχείριση λεκτικής κακοποίησης	4. Σοβαρότητα Συνεπειών λεκτικής κακοποίησης
	r-Pearson				
1. Σοβαρότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	0,863**				
2. Γνωστική Εκτίμηση λεκτικής κακοποίησης	0,382**	0,412**			
3. Διαχείριση λεκτικής κακοποίησης	0,386**	0,345**	0,567**		
4. Σοβαρότητα Συνεπειών λεκτικής κακοποίησης	0,436**	0,420**	0,451**	0,362**	
5. Συναισθήματα από λεκτική κακοποίηση	0,503**	0,793**	0,568**	0,403**	0,718**

Όρια κλιμάκων: Κλίμακα 1-Συχνότητα (1:ποτέ έως 5:κάθε μέρα), Κλίμακα 1-Σοβαρότητα (1:καθόλου έως 5:εξαιρετικά αγχωτικό), Κλίμακες 2-5 (1:καθόλου έως 5:πάρα πολύ).

**p<0.01.

Η συσχέτιση των κλιμάκων μεταξύ τους είναι λογικό να είναι σημαντική σε κάθε ζεύγος κλιμάκων, ωστόσο αυτό που ελέγχεται είναι ο βαθμός συσχέτισης. Π.χ. η συχνότητα με τη σοβαρότητα της λεκτικής βίας φαίνεται να εμφανίζουν τον υψηλότερο βαθμό συσχέτισης ($r=0.863$) και ακολουθεί η σοβαρότητα των βίαιων λεκτικών περιστατικών με τα απορρέοντα συναισθήματα ($r=0.793$). Έπειτα σημαντικός είναι και ο βαθμός συσχέτισης της σοβαρότητας των συνεπειών της λεκτικής κακοποίησης με τα συναισθήματα που προκύπτουν από αυτήν ($r=0.718$). Αντίθετα το χαμηλότερο βαθμό

συσχέτισης εμφανίζουν οι κλίμακες της σοβαρότητας του είδους της λεκτικής κακοποίησης με τη διαχείριση της βίας ($r=0.345$). Επίσης χαμηλός είναι ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ της σοβαρότητας των συνεπειών της λεκτικής κακοποίησης και της διαχείρισης ($r=0.362$).

Σημαντικό είναι πως παρατηρήθηκαν μέτριοι βαθμοί συσχέτισης μεταξύ της γνωστικής εκτίμησης για τη λεκτική κακοποίηση με τη διαχείριση ($r=0.567$) των περιστατικών αλλά και των συναισθημάτων ($r=0.568$). Δηλαδή η γνώση για το φαινόμενο σχετίζεται με την διαχείριση των περιστατικών και με την αναγνώριση των συναισθημάτων που προκύπτουν λόγω της λεκτικής βίας.

Στη συσχέτιση των κλιμάκων του ερωτηματολογίου με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά, όπως περιγράφεται στους Πίνακες 5,6 και 7, προέκυψε ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς την ηλικία, ενώ αντίθετα σημαντική συσχέτιση διαπιστώθηκε στο φύλο (γυναίκες) με τη γνωστική εκτίμηση ($r=0.177$) και τη διαχείριση ($r=0.232$) και παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση ως προς τα έτη εργασίας και τη διαχείριση ($p=0.016$). Ουσιαστικά, προέκυψε ότι οι γυναίκες διατηρούν περισσότερες γνώσεις για το φαινόμενο και αυτό βοηθά στην καλύτερη διαχείριση της λεκτικής βίας και ότι τα περισσότερα χρόνια εργασίας συνεπάγονται και καλύτερη διαχείριση λόγω της εμπειρίας των νοσηλευτών.

Πίνακας 5. Συσχέτιση κλιμάκων ερωτηματολογίου VAS των 143 εργαζόμενων νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα, με τα περιγραφικά τους χαρακτηριστικά.

	φύλο	ηλικία	εκπαίδευση	ιδιότητα	χρόνια εργασίας
	r-Pearson				
1. Συχνότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	-0,029	-0,008	-0,087	-0,065	-0,010
1. Σοβαρότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	-0,023	-0,009	-0,039	-0,025	-0,018
2. Γνωστική Εκτίμηση λεκτικής κακοποίησης	0,177*	-0,191	-0,084	-0,086	-0,116
3. Διαχείριση λεκτικής κακοποίησης	0,232*	-0,078	0,084	0,014	0,036
4. Σοβαρότητα Συνεπειών λεκτικής κακοποίησης	0,020	0,021	-0,070	-0,071	0,041
5. Συναισθήματα από λεκτική κακοποίηση	0,015	-0,021	-0,106	-0,084	-0,005

Στα περιγραφικά χαρακτηριστικά, οι κατηγορικές μεταβλητές αφορούν το φύλο (1: άνδρες, 2: γυναίκες), η εκπαίδευση (1: ΠΕ, 2: ΤΕ, 3: ΔΕ) και η ιδιότητα (1: νοσηλευτές/τριες, 2: βοηθοί).

Όρια κλιμάκων: Κλίμακα 1-Συχνότητα (1: ποτέ έως 5: κάθε μέρα), Κλίμακα 1-Σοβαρότητα (1: καθόλου έως 5: εξαιρετικά αγχωτικό), Κλίμακες 2-5 (1: καθόλου έως 5: πάρα πολύ).

* $p < 0.05$.

Πίνακας 6. Σύγκριση επιπέδων κλιμάκων ερωτηματολογίου VAS των 143 εργαζόμενων νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα, μεταξύ ομάδων ηλικιών.

Κλίμακα	Ηλικία, χρόνια			p-value	p-trend
	έως 35	36-45	46-53		
	μέση τιμή (τυπ. σφ.)				
1. Συχνότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	2,03 (0,18)	2,21 (0,09)	2,23 (0,14)	0,446	0,635
1. Σοβαρότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	2,17 (0,19)	2,18 (0,10)	2,16 (0,14)	0,947	0,987

2. Γνωστική Εκτίμηση λεκτικής κακοποίησης	2,37 (0,14)	2,31 (0,08)	2,09 (0,11)	0,168	0,256
3. Διαχείριση λεκτικής κακοποίησης	2,69 (0,16)	2,59 (0,09)	2,34 (0,12)	0,128	0,227
4. Σοβαρότητα Συνεπειών λεκτικής κακοποίησης	1,69 (0,18)	1,84 (0,10)	1,88 (0,14)	0,467	0,722
5. Συναισθήματα από λεκτική κακοποίηση	2,17 (0,18)	2,16 (0,10)	2,20 (0,14)	0,907	0,969

Πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης. Ως συμμεταβλητές ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η εκπαίδευση, η ιδιότητα και τα έτη εργασίας. Η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον έλεγχο Levene.

Πίνακας 7. Σύγκριση επιπέδων κλιμάκων ερωτηματολογίου VAS των 143 εργαζόμενων νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς τα έτη εργασίας τους.

Κλίμακα	Χρόνια εργασίας		p-value
	<17	17+	
	μέση τιμή (τυπ. σφ.)		
1. Συχνότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	2,18 (0,11)	2,17 (0,11)	0,954
1. Σοβαρότητα Είδους λεκτικής κακοποίησης	2,17 (0,12)	2,17 (0,11)	0,993
2. Γνωστική Εκτίμηση λεκτικής κακοποίησης	2,20 (0,09)	2,29 (0,08)	0,520
3. Διαχείριση λεκτικής κακοποίησης	2,33 (0,09)	2,71 (0,09)	0,016
4. Σοβαρότητα Συνεπειών λεκτικής κακοποίησης	1,76 (0,11)	1,89 (0,11)	0,465
5. Συναισθήματα από λεκτική κακοποίηση	2,10 (0,11)	2,25 (0,11)	0,382

Πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης. Ως συμμεταβλητές ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση και η ιδιότητα. Η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον έλεγχο Levene.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της έρευνας μας ήταν να μελετήσουμε το φαινόμενο της λεκτικής κακοποίησης. Παρατηρήσαμε ότι σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές που πήραν μέρος στην έρευνά μας έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού, ενώ οι κυριότεροι θύτες φαίνεται να είναι οι συγγενείς των ασθενών και έπειτα οι ίδιοι οι ασθενείς. Η σημαντικότερη επίπτωση των περιστατικών λεκτικής βίας που παρατηρήθηκε ήταν το άγχος. Παράλληλα φάνηκε ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες έχουν την τάση να διαχειρίζονται καλύτερα τα περιστατικά λεκτικής βίας ενώ τα πολλά χρόνια υπηρεσίας φαίνεται να έχουν προστατευτικό ρόλο σε αυτά τα φαινόμενα.

Αναλυτικότερα, ένα πολύ μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας συμφωνεί ότι η λεκτική κακοποίηση είναι η πιο κοινή και συχνή μορφή εκφοβισμού, όπως φαίνεται από τις μελέτες των Gillespie, Papa και Gómez (2016), Yokoyama et al. (2016), Abed, Morris και Sobers-Grannum (2016), Fasanya και Dada (2016), Pompeii et al. (2015), Teymourzadeh et al., (2014), Kitaneh και Hamdan (2012), Walrafen, Brewer, και Mulvenon, (2012).

Στη μελέτη που διεξήγαμε προέκυψε ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματός μας δέχθηκε λεκτική βία, όπως και σε άλλες μελέτες όπως αυτές των Fasanya και Dada (2016), Teymourzadeh et al., (2014), Kitaneh και Hamdan (2012) και Vessey, Demarco, Gaffney και Budin (2009). Αντίθετα, στην έρευνα των Esfahani και Shahbazi (2014) βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν έχει υποστεί λεκτική βία.

Οι περισσότεροι νοσηλευτές του δείγματός μας πιστεύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εκφοβίζεται είτε καθημερινά είτε περισσότερες από μία φορές εβδομαδιαίως. Ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό πιστεύει ότι δεν εκφοβίζονται ποτέ. Σε συμφωνία με τα ευρήματά μας είναι η έρευνα των Esfahani και Shahbazi (2014) όπου σχεδόν οι μισοί νοσηλευτές από αυτούς που ανέφεραν ότι έχουν δεχθεί λεκτική βία, ανέφεραν πως εκτέθηκαν σε βίαιες λεκτικές συμπεριφορές περισσότερες από μία φορές την εβδομάδα ή περισσότερες από μία φορά ετησίως. Σε αντίθεση με τα δικά μας αποτελέσματα το άρθρο που δημοσίευσαν οι Ganz DeKeyser et al. (2015), κανένας νοσηλευτής δεν ανέφερε πως εκφοβιζόταν καθημερινά.

Οι κυριότεροι δράστες λεκτικής κακοποίησης που αναδείχθηκαν από την έρευνά μας ήταν με μεγάλη διαφορά από τους υπόλοιπους οι συγγενείς των ασθενών. Ακολουθούν οι ίδιοι οι ασθενείς και οι συνοδοί. Φάνηκε ότι οι ιατροί αποτελούν τη μειοψηφία των δραστών. Σε πλήρη ταύτιση με τα δικά μας ευρήματα είναι η έρευνα των

Kitaneh και Hamdan (2012), όπου αναφέρεται ότι οι κυριότεροι δράστες ήταν οι συγγενείς των ασθενών, οι συνοδοί, οι ίδιοι οι ασθενείς και έπειτα οι συνάδελφοι. Το ίδιο φανερώνεται και στη μελέτη των Fasanya και Dada (2016). Διαφορετικά, στην έρευνα των Abed, Morris και Sobers-Grannum (2016) οι ασθενείς αναδεικνύονται ως οι κύριοι δράστες. Εναντιωματικά, στη μελέτη της Koukia et al. (2016) που διεξήχθη στην Ελλάδα, οι γιατροί και οι νοσηλευτές ήταν οι κυριότεροι εκφοβιστές, ακολουθούμενοι από το διοικητικό προσωπικό. Άλλες μελέτες, όπως αυτή των Rowe και Sherlock (2005), υποδεικνύει ότι οι νοσηλευτές είναι αυτοί που εκφοβίζουν περισσότερο, μετά οι συνοδοί, οι γιατροί, οι ασθενείς κτλ. Περισσότερο εκφοβίζουν οι νοσηλευτές προσωπικού, παρά οι νοσηλευτές σε ηγετικές θέσεις.

Όσον αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά των θυμάτων, βρήκαμε ότι το φύλο δεν σχετίζεται σημαντικά με το αν θα εκφοβιστούν τα άτομα ή όχι. Εν αντιθέσει, η λεκτική βία ήταν πιο συχνή στις γυναίκες, όπως φαίνεται στη μελέτη των Pompeii et al. (2015) και των Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez, και Leal-Millán (2014). Στην έρευνα των Abed, Morris και Sobers-Grannum (2016), οι γυναίκες, και ειδικά νοσηλεύτριες είχαν μεγαλύτερη προδιάθεση να βιώσουν βίαια περιστατικά από ότι οι άνδρες ή το ιατρικό προσωπικό. Αναφορικά, οι γυναίκες ήταν 11 φορές πιο πιθανό να βιώσουν λεκτική κακοποίηση σε σύγκριση με τους άνδρες. Διασταυρούμενα, οι Zhao et al. (2015), υποστηρίζουν ότι οι άνδρες εκφοβίζονται περισσότερο.

Επίσης, αναφορικά με την ηλικία και τα έτη εργασίας, βρήκαμε ότι η ηλικία δεν έχει κάποια ισχυρή συσχέτιση με το αν οι νοσηλευτές δέχονται λεκτικές εκφοβιστικές συμπεριφορές ή όχι, ενώ τα περισσότερα έτη εργασίας λειτουργούν προστατευτικά ώστε να μην εκφοβίζονται ή να αντικρούουν τις εκφοβιστικές συμπεριφορές οι νοσηλευτές. Αντιφατικά, οι έρευνες των Zhao et al. (2015), Pompeii et al. (2015) και Alameddine, Mourad και Dimassi (2015), κατέληξαν πως πιο συχνά θύματα εκφοβισμού είναι οι νέοι νοσηλευτές/ τριές συνήθως κάτω των 34 ετών. Σχετικά με τα έτη εργασίας, όσοι δουλεύουν λιγότερο από πέντε έτη είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα εκφοβισμού, γεγονός που φαίνεται να συμβαδίζει με τα ευρήματά μας που δείχνουν ότι τα πολλά χρόνια εργασίας λειτουργούν ως προστατευτικός παράγοντας και άρα τα λίγα έτη όχι. (Kitaneh & Hamdan, 2012; Zhao et al., 2015; Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015).

Βρέθηκε κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πως ορισμένα τμήματα όπως τα χειρουργικά, επείγοντα και αυστηρώς παθολογικά τμήματα όπως και η εντατική, να έχουν μεγαλύτερες συχνότητες αναφοράς περιστατικών εκφοβισμού. Οι Vessey, Demarco,

Gaffney και Budin (2009), υποστηρίζουν πως ο λεκτικός εκφοβισμός λαμβάνει μέρος στα αυστηρώς παθολογικά και χειρουργικά τμήματα, στην εντατική, στα επείγοντα, στις αίθουσες χειρουργείου και στο τμήμα ανάνηψης, και στην μαιευτική. Οι Teymourzadeh et al. (2014) αναφέρουν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και τα εξωτερικά ιατρεία ως μέρη που η λεκτική κακοποίηση είναι πιο συχνή και η Koukia et al. (2016), φανερώνει την Εντατική και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ως τμήματα αυξημένης επικινδυνότητας για να υποστεί κάποιος εκφοβισμό είτε λεκτικό είτε άλλης μορφής. Στην δική μας έρευνα όλα τα τμήματα προς μελέτη είχαν πολύ υψηλές συχνότητες λεκτικής βίας, παρόλα αυτά παρατηρήθηκε πως στα τμήματα Καρδιοχειρουργική, Καρδιολογική, Παθολογική, Πνευμονολογική, Παιδοχειρουργική και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όλοι όσοι συμμετείχαν ανέφεραν πως είχαν κάποια στιγμή βιώσει λεκτική βία, χωρίς όμως να υπάρχει κάποια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των τμημάτων και της συχνότητας.

Όπως φαίνεται στα αποτελέσματα παραπάνω (Σχήμα 6), τα επίπεδα άγχους του δείγματός μας εκτείνονται από το "αρκετά" στο "πάρα πολύ", δηλαδή είναι από μέτρια έως σοβαρά. Εύρημα που συμφωνεί με τη μελέτη των Vessey, Demarco, Gaffney και Budin (2009), όπου στις συνέπειες του λεκτικού εκφοβισμού αναφέρεται και το άγχος σε επίπεδα όμοια με τα δικά μας, δηλαδή από μέτρια έως σοβαρά. Ακόμη, υπάρχουν πολλές αναφορές στην βιβλιογραφία που συνδέουν τον λεκτικό εκφοβισμό με την πρόκληση ποικιλίας ψυχολογικών συνεπειών στο θύμα και χειροτέρευση της γενικής τους υγείας, όπως παραθέτουν οι Karatza, Zyga, Tziaferi, και Prezerakos (2016), Μπακάλης (2015), Nielsen, Magerøy, Gjerstad, και Einarsen (2014), Kitaneh και Hamdan (2012), Fujishiro, Gilbert και De Castro (2011), Johnson (2009).

Σημαντική στατιστική συσχέτιση σημειώθηκε μεταξύ του φύλου και της διαχείρισης της λεκτικής βίας, όπου φάνηκε ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν τα περιστατικά αυτά καλύτερα. Αναφορικά στην μελέτη των Koukia et al. (2014), οι νοσηλευτές βρίσκουν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τα περιστατικά. Οι περισσότεροι από αυτούς θέλουν να τα διαχειρίζονται μόνοι τους, ή καλούν για βοήθεια, συνάδελφο, προϊστάμενο, εφημερεύοντα νοσηλευτή, ιατρό, προσωπικό ασφαλείας ή αστυνομία. Εν αντιθέσει, σχεδόν οι μισοί των συμμετεχόντων στην έρευνα των Teymourzadeh et al. (2014) δεν έλαβαν κάποιο μέτρο εφόσον δεν γνώριζαν κάποια μέτρα προστασίας ή διαχείρισης του εκφοβισμού, που να ισχύουν στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζονταν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λεκτική βία είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται σε μεγάλα ποσοστά στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Ειδικά στην Ελλάδα, το φαινόμενο υποτιμάται και αποτελεί ένα φαινόμενο που δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά και ενέχει δυσκολίες κατά τη μελέτη του διότι είναι πολλοί οι παράγοντες που το προκαλούν. Επιπρόσθετα έχει ένα εύρος συνεπειών που αφορά όλους τους τομείς του χώρου εργασίας, που κυμαίνονται από τις ατομικές συνέπειες που αφορούν το άτομο έως τις οικονομικές, διοικητικές και συνέπειες που αφορούν την ποιότητα της περίθαλψης, όπως τα λάθη κατά την παροχή φροντίδας.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, μας αποκαλύπτουν πως η λεκτική βία είναι πραγματική και συμβαίνει συχνά από τους κυριότερους δράστες που εμφανίζεται να είναι οι συγγενείς των ασθενών και οι ίδιοι οι ασθενείς. Εμφανίζεται ένα έλλειμμα γνώσεων για το φαινόμενο που στη δική μας έρευνα φαίνεται να καλύπτεται μερικώς από τον γυναικείο πληθυσμό. Καθόλου εφησυχαστικό δεν είναι, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία, το γεγονός ότι δεν υπάρχουν σαφείς πολιτικές που να στοχεύουν στον περιορισμό και στην εξάλειψη των περιστατικών λεκτικής βίας ή του εκφοβισμού γενικότερα κι όπου υπάρχουν οι νοσηλευτές δεν είναι ενήμεροι για την ύπαρξή τους αλλά και στο πως μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πολιτικές για να αναφέρουν τα περιστατικά λεκτικής κακοποίησης.

Στην χώρα μας δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια έρευνα ενιαίας και μεγάλης κλίμακας για τη λεκτική βία, ή μεμονωμένα για τα υπόλοιπα είδη εκφοβισμού ενώ οι έρευνες που υπάρχουν είναι αποσπασματικές, μικρής κλίμακας και δεν μπορούν με ευκολία να γενικευτούν σε όλο τον πληθυσμό. Η πρότασή μας για το μέλλον είναι να ερευνηθούν όλες οι πλευρές του φαινομένου, όπως τα αίτια, οι συνέπειες και να δημιουργηθούν πολιτικές προστασίας και πρόληψης, ώστε οι νοσηλευτές να υποστηρίζονται για να αντιμετωπίζουν τα περιστατικά επαρκώς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Μαλλιαρού Μ., Καραθανάση Κ., Σαράφης Π., Κουτελέκος Ι., Πρεζεράκος Π., Ζυγά Σ., 2015. Μετάφραση στα ελληνικά του Εργαλείου Μέτρησης VERBAL ABUSE SCALE (VAS-GR), *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4 (2). Σελ: 73-82.
- Μάστορα Τ. Μ., 2013. Εξερευνώντας τις Απόψεις των Φοιτητών Νοσηλευτικής για τον Εκφοβισμό το 2013: Μία Φαινομενολογική Μελέτη, Σελ: 5-7
- Μπακάλης Β., 2015. Εκφοβισμός στον χώρο εργασίας των Νοσηλευτών (Bullying), *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4(2). Σελ: 66-72.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abed, M., Morris, E. and Sobers-Grannum, N., 2016. Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados. *Occupational Medicine*, 66 (7), pp. 580-583.
- Adams, A. London, 1992. *Bullying at Work: How to Confront and Overcome it*. Virago Press
- Ahmed, A.S., 2012. Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. *East Mediterranean Health Journal (EMHJ)*, 18 (4), pp. 318–324.
- Ahmer, S., Yousafzai, A.W., Bhutto, N., Alam, S., Sarangzai, A., K. and Iqbal, A., 2008. Bullying of Medical Students in Pakistan: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *PLoS ONE*, 3 (12): e3889.
- Alameddine, M, Mourad, Y, Dimassi, H., 2015. A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PLoS ONE*, 10 (9).
- American Nurses Association (ANA), 2001. <http://www.nursingworld.org/Mobile/Nursing-Factsheets/lateral-violence-and-bullying-in-nursing.html>
- American Nurses Association (ANA), 2006. House of Delegates, Summary of Proceedings, Resolutions: Workplace Abuse.
- American Nurses Association (ANA), 2006. *Workplace abuse and harassment of nurses*. From

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/OccupationalandEnvironmental/occupationalhealth/workplaceviolence/ANAResources/WorkplaceAbuseandHarassmentofNurses.aspx>

- Ariza-Montes, J. A, Muniz, N.M., Leal-Rodríguez, A.L. and Leal-Millán, A.G 2014. Workplace Bullying among Managers: A Multifactorial Perspective and Understanding. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, pp. 2657-2682.
- Beecroft, P. C., Kunzman, L., and Krozek, C., 2001. “RN internship: outcomes of a one-year pilot program,” *Journal of Nursing Administration*, 31 (12), pp. 575–582.
- *Bruder Paul, 2001. Verbal Abuse of Female Nurses: An American Medical Form of Gender Apartheid. In Context Healthcare and Public Policy*, 79 (4), pp. 30-34.
- Budin, W.C. , Brewer, C.S, Chao, Y., & Kovner, C, 2013. Verbal Abuse From Nurse Colleagues and Work Environment of Early Career Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45 (3), pp. 308-316.
- Celik, S.S., Celik, Y., Agirbas, İ., Ugurluoglu, O., 2007. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54 (4), pp. 359-366.
- Center for American Nurses. 2008. *Position statement: Lateral violence and bullying in the workplace*. Retrieved from http://www.mc.vanderbilt.edu/root/pdfs/nursing/center_lateral_violence_and_bullying_position_statement_from_center_for_american_nurses.pdf
- Chen et al., 2008. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50 (3), pp. 288-293.
- Christmas, K. and Hart, K.A., 2007. Workforce shortages are a global issue. *Nursing Economics*. 25(3), pp. 175–177.
- Curtis, J., Bowen, I. and Reid, A., 2007. You have no credibility: nursing students’ experiences of horizontal violence. *Nurse Education in Practice*, 7 (3), pp. 156–163.
- Daiski, I., 2004. Changing nurses’ disempowering relationship patterns. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1), pp. 43–50.

- Dellasega, C., 2009. Bullying among nurses. *American Journal of Nursing*, 109 (1), pp. 52-58. Department of Labor and Industries, 2006. *Workplace bullying: What everyone needs to know?* From <http://www.lni.wa.gov/Safety/Research/Files/Bullying.pdf>
- Eaton-Spiva, L., Buitrago, P., Trotter, L., Macy, A., Lariscy, M. and Johnson, D., 2010. Assessing and redesigning the nursing practice environment. *Journal of Nursing Administration*, 40 (1), pp. 36–42.
- Edwards, S.L., O’Connell, C.F., 2007. Exploring bullying: Implications for nurse Educators. *Nurse Education in Practice*. 7 (1), pp. 26–35.
- Einarsen, S. 2000. Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and Bullying Behavior: A Review Journal*, 4, pp. 371 - 401.
- Einarsen, S. and Mikkelsen, E.G., 2003. Individual effects of exposure to bullying at work. In *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York. pp. 127–144.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. and Cooper, C.L., 2003. The concept of bullying at work: the European tradition. In *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York. pp. 3–30.
- Embree, J.L., Bruner, D.A., & White, A., 2013. Raising the Level of Awareness of Nurse-to-Nurse Lateral Violence in a Critical Access Hospital. *Nursing Research and Practice*, Volume 2013, Article ID 207306.
- Esfahani Ali Nasr and Shahbazi Gholamreza, 2014. Workplace bullying in nursing: The case of Azerbaijan province, Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19 (4), pp. 409–415.
- Farrell, G.A., 2001. “From Tall Poppies to Squashed Weeds: Why Don’t Nurses Pull Together More?”. *Journal of Advanced Nursing*, 35, (1), pp. 26–33.
- Farrell, G., Bobrowski, C. and Bobrowski, P., 2006. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (6), pp. 778–787.
- Fasanya, B.K. and Dada. A.E., 2016. Workplace Violence and Safety Issues in Long-Term Medical Care Facilities: Nurses’ Perspectives. *Safety and Health at Work*, 7 (2), pp. 97-101.

- Felblinger, D. M. 2008. Incivility and Bullying in the Workplace and Nurses' Shame Responses. *JOGNN*, 37, pp. 234-242.
- Friese, C.R., Lake, E.T., Aiken, L.H., Silber, J.H. and Sochalski, J., 2008. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Service Research*, 43 (4), pp. 1145–1163.
- Fujishiro, K., Gee, G.C. and De Castro, A.B, 2011. Associations of Workplace Aggression With Work-Related Well-Being Among Nurses in the Philippines, *American Journal of Public Health*, 101 (5), pp. 861-867.
- Gillespie, G.L., Papa, A. and Gómez, L.C., 2016. Workplace Aggression in Cuban Health Care Settings. *Journal of Transcultural Nursing*, doi:10.1177/1043659616666327
- Griffin, M., 2004. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: an intervention for newly licensed nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 35 (6), pp. 257–263.
- Gumbus, A., Lyons, B., 2011. Workplace harassment: The social costs of bullying. *Journal of Leadership Accountability and Ethics*, 8 (5), pp. 72–90.
- Haines, T., Stringer, B. and Duku, E., 2007. “Workplace safety climate and incivility among British Columbia and Ontario operating room nurses: a preliminary investigation,” *Canadian Journal of Community Mental Health*, 26 (2), pp. 141–152.
- Hershcovis, M.S., 2011. Incivility, social undermining, bullying . . . oh my!:a call to reconcile constructs within workplace aggression research. *Journal of Organizational Behavior*. 32 (3), pp: 499–519.
- Hickson, J., 2013. New Nurses' Perceptions of Hostility and Job Satisfaction. *The Journal of Nursing Administration*. 43 (5), pp. 293-301.
- Hirigoyen, M-F., 2002. *Ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας*. Μετάφραση Σιγάλα Ασπασία, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΤΑΚΗ.
- Hockley, C., 2002. *Silent hell: Workplace violence and bullying*. Norwood: Peacock Publications.
- Hoel, H., Cooper, C.L. and Faragher, B., 2001. The experience of bullying in Great Britain: the impact of organizational status. *European Journal of Work and*

Organizational Psychology, 10 (4), pp. 443–465.

- Hoel, H. and Salin, D., 2003. Organisational antecedents of workplace bullying. In *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York. pp. 203–218.
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D. and Wilkes, L., 2005. ‘I’m gonna do what I wanna do.’: organizational change as a legitimized vehicle for bullies. *Health Care Management Review*, 30 (4), pp. 331–336.
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., & Wilkes, L., 2006. Workplace bullying in nursing: towards a more critical organisational perspective. *Nursing Inquiry*, 13 (2), pp. 118-126.
- Hutchinson, M., Jackson, D., 2013. Hostile clinical behaviors in the nursing work environment and implications for patient care: a mixed methods systematic review. *BMC Nursing*, 12 (25).
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F. and Okamura, H., 2006. Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 (1), pp. 29-36.
- Institute for Safe Medication Practices, 2004. Intimidation: Practitioners speak up about this unresolved problem. Available at: <http://www.ismp.org/Survey/surveyresults/Survey0311.asp>
- Ironside, M. & Seifert, R., 2003. Tackling bullying in the workplace: the collective dimension. In *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York. pp. 383–398.
- Johnson, C., DeMass, M., and Markle-Elder, S. 2007. Stopping verbal abuse in the workplace. *American Journal of Nursing*, 107 (4), pp. 32 - 34.
- Johnson, S.L., 2009. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review*, 56, pp. 34–40.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002. *Healthcare at the crossroads: Strategies for addressing the evolving nursing crisis*. From <http://www.aacn.nche.edu/Media/pdf/JCAHO8-02.pdf>

- Karatza, C., Zyga, S., Tziaferi, S., & Prezerakos, P., 2016. Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Annals of General Psychiatry*, 15 (7). DOI 10.1186/s12991-016-0097-z
- DeKeyser, Ganz F., et al., 2015. Bullying and Its Prevention among Intensive Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47 (6), pp. 505–511.
- Khademi, M., Mohammadi, E., Vanaki, Z., 2012. Nurses’ experiences of violation of their dignity. *Nursing Ethics* 19 (3), pp. 328-340.
- Khademloo, M., Moonesi, F.S., Gholizade, H., 2013. Health care violence and abuse towards nurses in hospitals in north of Iran. *Global Journal of Health Science*, 5 (4), pp. 211-216.
- Kim, Y.S., Leventhal, B.L., Koh, Y.J. and Boyce, W.T., 2009. Bullying increased suicide risk: prospective study of Korean adolescents. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research* 13 (1), pp. 15–30.
- Kim, J.K., et al., 2015. Korean Work Environment Scales for Clinical Nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 12, pp. 54-68.
- Kingston, M. J., Evans, S. M., Smith B. J., and Berry J. G., 2004. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: A qualitative analysis. *Medical Journal of Australia*, 181 (1), pp. 36–39.
- Kitaneh, M., Hamdan, M., 2012. Workplace Violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 469 (12).
- Kivimaki, M., Elovainio, M. and Vahtera, J., 2000. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57 (10), pp. 656–660.
- Kivimaki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio, M., Vahtera, J. and Keltikangas-Järvinen, L., 2003. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(10), pp. 779–783.
- Koukia, E., Madianos, M.G. and Katostaras, Th., 2009. “On the spot” Interventions by Mental Health Nurses in Inpatient Psychiatric Wards in Greece. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (5), pp. 327-336.
- Koukia, E., Mangoulia, P., Papageorgiou, D.E, Gonis, N., Katostaras, T., 2014. Violence against health care staff by peers and managers in general hospital in

- Greece: a questionnaire-based study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(4), pp. 45-56.
- Lake, E.T., 2002. Development of the practice environmentscale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25 (3), pp. 176–188.
 - LaVan, H., and Martin, W., 2008. Bullying in the US workplace: Normative and process oriented ethical approaches. *Journal of Business Ethics*, 83, pp.147–65.
 - Lee, M.B. and Saeed, I., 2001. Oppression and horizontal violence: the case of nurses in Pakistan. *Nursing Forum*, 36 (1), pp. 15–24.
 - Lewis, M., 2001. “Bullying in Nursing.”. *Nursing Standard*, 15 (45), pp. 39–42.
 - Lewis, M.A., 2006. Nurse bullying: Organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *Journal of Nursing Management*, 14 (1), pp. 52–54.
 - Longo, J., 2007. Horizontal violence among nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21 (3), pp. 177-178.
 - Longo, J. and Sherman, R.O., 2007. Leveling horizontal violence. *Nursing Management*, 38 (3), pp. 34- 37, 50, 51.
 - Lutgen-Sandvik, P., Tracy, S.J. & Alberts, J.K. 2007. Burned by bullying in the American workplace: prevalence, perception, degree and impact. *Journal of Management Studies*, 44 (6), pp. 837–862.
 - MacIntosh, J., O’Donnell, S., Wuest, J., & Merritt Gray, M. 2011. How workplace bullying changes how women promote their health. *International Journal of Workplace Health Management (IJWHM)*, 4 (1), pp. 48-66.
 - Magnavita, N. and Heponiemi, T., 2011. Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (2), pp. 203-210.
 - Magnavita, N. and Heponiemi, T., 2012. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12: 108.
 - Mallidou, A.A., Cummings, G.C., Estabrooks, C.A., Giovannetti, P.B, 2011. Nurse specialty subcultures and patient care in acute care hospitals: a multiple-group structural equation modeling. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (1), pp. 81–93.

- Martin, W.F., 2008. Is Your Hospital Safe? Disruptive Behavior and Workplace Bullying. *Hospital Topics*, 86 (3).
- McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J. and Bambonye, L., 2004. Nursing work environment and quality of care: differences between units at the same hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17 (6), pp. 313–322.
- McKenna, B.G., Smith, N.A., Poole, S.J. and Coverdale, J.H., 2003. Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), pp. 90–96.
- Moayed, F.A., Daraishen, N., Shell, R. and Salem, S., 2006. Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7 (3), pp. 311–327.
- Murray, J.S., 2009. Workplace Bullying in Nursing: A Problem That Can't Be Ignored. *MEDSURG Nursing*, 18 (5).
- Namie, G., 2003. Workplace bullying: Escalated incivility. *Ivey Business Journal*, November–December: 1–6.
- Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S., 2007. Economic activities and occupations at high risk for workplace bullying: Results from a large-scale cross-sectional survey in the general working population in France. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80 (4), pp. 346–353.
- Niedl, K., 2008. Mobbing/Bullying At Work: An Empirical Analysis of the Phenomenon and of the Effects of Systematic Harassment On Human Resource Management. *Hampp*, Munich, Germany.
- Nielsen, M.B. et al., 2012. Longitudinal relationships between workplace bullying and psychological distress. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38 (1), pp. 38 – 46.
- Nielsen, M.B., Magerøy, N., Gjerstad, J., and Einarsen, S., 2014. Workplace Bullying and Subsequent Health Problems. *Tidsskr von Legeforen*, 134 (12-13), pp. 1233-1238

- Oztunc, G., 2006. Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (4), pp. 360-365.
- Pejic, A.J., 2005. Verbal Abuse: A Problem for Pediatric Nurses, *Pediatric Nursing*, 31 (4), pp. 271-280.
- Pompeii, L.A. et al., 2015. Physical Assault, Physical Threat, and Verbal Abuse Perpetrated Against Hospital Workers by Patients or Visitors in Six U.S. Hospitals. *American Journal of Industrial Medicine*, 58 (11), pp. 1194-1204.
- Porto, G. and Lauve, R., 2006. Disruptive clinician behaviors: A persistent threat to patient safety [Electronic version]. *Patient Safety & Quality Health Care*, from <http://www.psqh.com/julaug06/disruptive.html>
- Quine, L., 2001. Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6 (1), pp. 73–84.
- Randle, J., 2003. Bullying in the Nursing Profession. *Journal of Advanced Nursing* 43 (4), pp. 395–401.
- Rayner, C.H., 2002. Workplace Bullying. Taylor and Francis, London
- Reverby, S., 2005. A caring dilemma: womanhood and nursing in historical perspective. In *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, 7th edn (Conrad, P., Ed.). Worth Publishers, New York. pp. 243–253.
- Rosenstein A.H., 2002. Original research: Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102 (6), pp. 26–34.
- Rosenstein, A.H., O’Daniel, M., 2005. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing (AJN)*, 105 (1), pp. 54–64.
- Rowe, M.M. and Sherlock, H., 2005. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13 (3), pp. 242–248.
- Royal College of Nursing, 2001. *Dealing with Bullying and Harassment at Work: A Guide for RCN Members*. RCN, London.
- Rutherford, A. and Rissel, C., 2004. A survey of workplace bullying in a health sector organization. *Australian Health Review*, 28 (1), pp. 65–72.
- Saunders, P., Huynh, A., Delahunty, J.G., 2007. Defining workplace bullying behavior professional lay definitions of workplace bullying. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, pp. 340–54. [[PubMed](#)]

- Sengin, K.K., 2003. Work-related attributes of RN job satisfaction in acute care hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 33 (6), pp. 317-320.
- Sofield, L. and Salmond, S.W., 2003. Workplace violence: A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing*, 22 (4), pp. 274 - 283.
- Stanley, K.M., et al., 2007. Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues in Mental Health Nursing*, 23 (11), pp. 1247–1265.
- Stevens, S., 2002. Nursing Workforce Retention: Challenging a Bulling Culture. *Health Affairs*, 21 (5), pp.189-193.
- Strandmark, M., and Hallberg, L., 2007. The origin of workplace bullying: Experiences from the perspective of bully victims in the public service sector. *Journal of Nursing Management*, 15, pp. 332–41. [[PubMed](#)]
- Taylor, B., 2003. Identifying and reducing nurse-nurse horizontal violence and bullying through reflective practice and action research in an Australian hospital. In M. Habermann & L. R. Uys (Eds .), *Violence in nursing*, pp . 177 - 197. Frankfurt am Main, Germany: Peter Lang.
- Teymourzadeh, E., et al., 2014. Nurses Exposure to workplace violence in a large teaching hospital in Iran. *International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)*, 3 (6), pp. 301-305.
- Thomas, M., 2005. Bullying among support staff in a higher education institution. *Health Education Journal*, 105, pp. 273–88.
- Tsuno, K., et al. 2015. Socioeconomic Determinants of Bullying in the Workplace: A National Representative Sample in Japan. *Plos One*, 10 (3).
- Vagharseyyedin Seyyed Abolfazl, 2016. Nurses' perspectives on workplace mistreatment: A qualitative study, *Nursing and Health Sciences*, 18 (1), pp. 70-78.
- Vessey, J.A., Demarco, R.F., Gaffney, D.A., Budin, W.C., 2009. Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environment. *Journal of Professional Nursing*, 25 (5), pp. 289–306.
- Walrafen, N., Brewer M.K., & Mulvenon, C., 2012. Sadly Caught Up in the

Moment: An Exploration of Horizontal Violence. *Nursing Economics*, 30 (1).

- Wang, J., Iannotti, R.J., Luk, J.W., & Nansel, T.R., 2010. Co-occurrence of Victimization from Five Subtypes of Bullying: Physical, Verbal, Social Exclusion, Spreading Rumors, and Cyber. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (10), pp. 1103–1112.
- Weaver, K.B., 2013. The effects of horizontal violence and bullying on new nurse retention. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29 (3), pp. 138–142.
- Westerman, J. W. and Simmons, B. L. 2007. The effects of work environment on the personality-performance relationship: An exploratory study. *Journal of Managerial Issues*, 19 (2), pp. 288–305.
- Wilson, C.B., 1991. US businesses suffer from workplace trauma. *Personnel Journal*, 70. pp. 47–50.
- Winter-Collins, A. and McDaniel, A. M., 2000. “Sense of belonging and new graduate job satisfaction,” *Journal for Nurses in Staff Development*, 16 (3), pp. 103–111.
- Wu, J., et al., 2015. Bullying behaviors among Chinese school-aged youth: A prevalence and Correlates Study in Guangdong Province. *Psychiatric Research*, 225 (3), pp. 716-722.
- Yildirim, A. and Yildirim, D., 2007. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in health care facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (8), pp. 1444–1453.
- Yokoyama, M. et al., 2016. Workplace bullying among nurses and their related factors in Japan: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (17-18), pp. 2178-88.
- Zapf, D., Knorz, C., Kulla, M., 1996. On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal Work Organizational Psychology*, 5, pp. 215–237.
- Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H. and Vartia, M., 2003. Empirical findings on bullying in the workplace. In *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace:*

International Perspectives in Research and Practice (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York, pp. 103–126.

- Zapf, D. and Einarsen, S., 2005. Mobbing at work: escalated conflicts in organizations. In *Counterproductive Work Behavior: Investigations of Actors and Targets* (Fox, S. & Spector, P.E., eds). American Psychological Association, Washington, DC, pp. 237–270.
- Zhao, S., et al., 2015. Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support and Strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Γραμματεία:
E-mail: ego@staff.teicrete.gr

Τηλέφωνα: +030 2810 379-538
Fax: +030 2810 379-503

Ημερομηνία / /2016

Αγαπητέ κύριε/κυρία,

Απευθυνόμαστε σε εσάς για να σας ενημερώσουμε ότι διεξάγεται έρευνα γύρω από **το φαινόμενο του εκφοβισμού στους Νοσηλευτές**, ως προς την χρήση λεκτικής βίας και να σας ζητήσουμε να συμμετέχετε στην έρευνα αυτή.

Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι διερεύνηση του φαινομένου του εκφοβισμού στους Νοσηλευτές μέσω της συχνότητας των περιστατικών λεκτικής βίας που μπορεί να αντιμετωπίζουν, τις επιπτώσεις και τους τρόπους αντιμετώπισης των περιστατικών αυτών. Η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια της Πτυχιακής Εργασίας μίας εκ των υπογεγραμμένων Δήμητρας Μαντικού, Τέλλη Δήμητρας, Χατζηνικολάου Αθανασίας.

Επιλεχθήκατε να συμμετάσχετε λόγω της επιστημονικής και επαγγελματικής σας εμπειρίας. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και δεν εμπεριέχει κανένα κίνδυνο. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα ακολουθήσει η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου με ερωτήσεις σχετικές με το θέμα που προαναφέρθηκε. Τα ερωτηματολόγια θα μοιραστούν και θα συμπληρωθούν υπό την παρουσία των ερευνητών, χωρίς καμία παρέμβαση από τους ερευνητές ως προς την συμπλήρωσή τους, ενώ πρωτίτερα θα δοθούν επεξηγήσεις στον τρόπο συμπλήρωσης του και στα ερωτήματα που μπορεί να προκύψουν. **Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου πέντε λεπτά.**

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σας τονίσουμε ότι οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου είναι εμπιστευτικές και τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες αυτής της μελέτης. Επίσης κατά τη δημοσίευση μέρους ή όλης της μελέτης δεν θα αναφέρονται τα προσωπικά σας στοιχεία. Μετά το τέλος της μελέτης τα ερωτηματολόγια θα καταστραφούν. Σας ενημερώνουμε επίσης ότι η έρευνα δεν χρηματοδοτείται από κανένα κερδοσκοπικό ή μη, δημόσιο ή ιδιωτικό οργανισμό και διεξάγεται από την Νοσηλευτική Σχολή του ΤΕΙ Κρήτης μέσω του επιβλέποντος καθηγητή: Νίκου Ρίκου.

Για οποιαδήποτε απορία παρακαλώ επικοινωνείτε με το τηλ. 6955968952

Σας ευχαριστώ πολύ για το πολύτιμο χρόνο και τη βοήθεια σας.

Με εκτίμηση
Μαντικού Δήμητρα
Τέλλη Δήμητρα
Χατζηνικολάου Αθανασία

Νίκος Ρίκος
RN MPH PhDc
Καθηγητής Εφαρμογών

Φοιτήτριες Νοσηλευτικής
Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης

Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης

Ενημερώθηκα για την έρευνα και συμφωνώ να συμμετέχω:

Αρχικά Ονοματεπώνυμου:

Ιδιότητα:

Υπογραφή ερωτούμενου: _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
Οδηγίες συμπλήρωσης ερωτηματολογίου

Παρακαλώ όπου υπάρχουν τελείες (...) συμπληρώνετε ολογράφως.

Παρακαλώ όπου υπάρχει κενό κουτάκι συμπληρώστε την αντίστοιχη απάντησή σας με **X**

Παρακαλώ όπου επιλογή: **Καθόλου, Λίγο, Αρκετά, Πολύ, Πάρα πολύ** συμπληρώστε το αντίστοιχο κουτάκι με **X**

Ερωτηματολόγιο (VERBAL ABUSE SCALE- GR)

1. Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;

1. ΝΑΙ		2. ΟΧΙ	
--------	--	--------	--

2. Ποια η εργασιακή σχέση με τον υβριστή;

1. Άμεσος προϊστάμενος		6. Συγγενής ασθενούς	
2. Άλλος ανώτερος		7. Ο ίδιος ο ασθενής	
3. Άμεσα υφιστάμενος		8. Επισκέπτης	
4. Άλλος κατώτερος		9. Άλλος (παρακαλώ αναφέρετε ποιος)	
5. Ομοιόβαθμος			

3. Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;

1. Ποτέ		5. Μια φορά την εβδομάδα	
2. Μια φορά τον χρόνο		6. Περισσότερες από μια φορές	

		εβδομαδιαίως	
3. Περισσότερες από 1 (μια) φορά ετησίως		7. Καθημερινά	
4. Μια φορά το μήνα			

4. Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;

1. ΝΑΙ		2. ΟΧΙ	
--------	--	--------	--

5. Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;

1. Ποτέ		5. Μια φορά τη βδομάδα	
2. Μια φορά το χρόνο		6. Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	
3. Περισσότερες από 1 (μια) φορά ετησίως		7. Καθημερινά	
4. Μια φορά το μήνα			

6. Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;

1. Καθόλου		5. Πολύ	
2. Σχεδόν καθόλου		6. Πάρα πολύ	
3. Λίγο		7. Εξαιρετικά	
4. Αρκετά			

7. Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνετε αποδέκτης;

Παρακαλώ βαθμολογήστε ταυτόχρονα την συχνότητα και την σοβαρότητα της λεκτικής βίας με 1 λιγότερο σοβαρή και 5 τη σοβαρότερη και εφόσον επιθυμείτε προσθέστε άλλο είδος λεκτικής βίας της οποίας γίνετε αποδέκτης.

ΕΙΔΟΣ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ	Πόσο συχνά					Πόσο σοβαρή				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Βίαιος θυμός	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Συγκατάβαση	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Προσβολή συγκαλυμμένη σε αστείο	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Αδιαφορία	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Έντονη κριτική	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Απόρριψη, αποδοκιμασία	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Απειλή	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Σεξουαλική παρενόχληση	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. ...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

12. ...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

8. Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης;
Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλες σκέψεις.

1. Τι χαζός!	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
2. Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
3. Μπορώ να το αντέξω	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
4. Δεν είχε κανένα δικαίωμα	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
5. Δεν έκανα κάτι κακό	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
6. Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
7. Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την ...	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
8. Δεν έχει μεγάλη σημασία	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
9. Δεν ξέρω πως να το χειριστώ	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
10. Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
11. Μάλλον εγώ φταίω. Θα	1	2	3	4	5

πρέπει να έκανα κάποιο λάθος	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
12. Δεν είχα ποτέ πρόβλημα με κανένα άλλο	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
13. Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα; Δεν φωνάζει σε κανένα άλλο	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
14. Γιατί τον/την αφήνω να αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω;	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
15. ...	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

9. Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα είδη

1. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
2. Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
3. Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
4. Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
5. Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
6. Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
7. Δεν μιλάω με τον υβριστή	1	2	3	4	5

γιατρό	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
8. Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
9. Κρατάω τα αισθήματα για τον εαυτό μου	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
10. Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το άγχος μου	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
11. Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
12. Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
13. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
14. ...	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
15. ...	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

10. Βαθμολογήστε τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης (παρακαλώ δώστε βαθμολογία για όλα τα είδη συνέπειας λεκτικής βίας και εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλες συνέπειες)

1. Επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
2. Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

3. Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
4. Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξη στον χώρο εργασίας	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
5. Μειωμένη αυτοεκτίμηση	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
6. Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
7. Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
8. Μειωμένη απόδοση και ανταπόκριση στις επαγγελματικές απαιτήσεις (αύξηση λαθών)	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
9. Επιβάρυνση της υγείας	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
10. Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
11. Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
12. Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
13. Διαμαρτυρία των υπολοίπων εργαζομένων αφού επωμίζονται την αποχή του λεκτικά κακοποιημένου συναδέλφου	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
14. ...	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
15. ...	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ


11. Τι νιώσατε μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα συναισθήματα που νιώσατε και βαθμολογήστε τα αντίστοιχα.

1. Απογοήτευση, Απελπισία	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
2. Θυμό	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
3. Αηδία	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
4. Ντροπή και εξευτελισμό	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
5. Λύπη	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
6. Ανήμπορος/η	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
7. Αδύναμος/η	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
8. Σοκ και έκπληξη	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
9. Μπερδεμένος/η	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
10. Υπεύθυνος/η	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
11. Απειλή	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
12. Σύγχυση	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
13. Ήττα	1	2	3	4	5


	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
14. Αδιάφορος/η	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
15. Φόβος	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
16. Απομόνωση	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
17. Παρεξηγημένος/η	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
18. Μη υποστήριξη	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
19. ...	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
20. ...	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III.α : ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ


ΤΕΙ Κρήτης Εισερχόμενα x

 **Demetra Telli** <demetratelli@gmail.com> 19 Οκτ ☆
 προς mmalliarou ▾
 Κυρία Μαλλιάρου,

Ονομαζόμαστε Τέλλη Δήμητρα, Χατζηνικολάου Αθανασία, Μαντικού Δήμητρα και είμαστε φοιτήτριες νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Κρήτης. Επικοινωνούμε μαζί σας διότι θέλουμε την άδεια σας για να χρησιμοποιήσουμε το ερωτηματολόγιο που μεταφράσατε για την λεκτική βία (verbal abuse scale, Περιεχειρητική Νοσηλευτική 2015) στην πτυχιακή μας. Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για την συνεργασία.

 **Dr Maria Malliarou** <mmalliarou@gmail.com> 19 Οκτ ☆
 προς Εμένα ▾
ΣΑΣ ΔΙΝΩ ΤΗΝ ΑΔΕΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΣΕΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΗΝ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΣΑΣ ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
 Μαρία Μαλλιάρου

...

 [Κάντε κλικ εδώ για Απάντηση](#) ή [Πρώθιση](#)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.β : ΑΔΕΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ (ΤΕΙ)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 26/11/2015

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη
Τηλέφ.: 2810-379538
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 2959

ΠΡΟΣ:
Χατζηνικολάου Αθανασία
Τέλλη Δήμητρα
Μαντικού Δήμητρα

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ρίκος Νικόλαος

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Προϊσταμένου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6324 Χατζηνικολάου Αθανασία
ΥΝ6382 Τέλλη Δήμητρα
ΥΝ6419 Μαντικού Δήμητρα

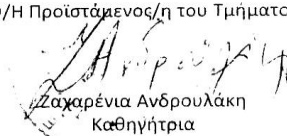
με θέμα: «Η διερεύνηση του φαινομένου του εκφοβισμού σε εργαζόμενους Νοσηλευτές σε ένα Τριτιβάθμιο Γενικό Νοσοκομείο της Κρήτης».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Ρίκος Νικόλαος**

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος


Ζαχαρένια Ανδρουλάκη
Καθηγήτρια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.γ: ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ (7η ΥΠΕ)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Σμύρνης 26,
71201 Ηράκλειο Κρήτης, ΤΘ 1285
Πληρ.: **Ανδρέας Μανουράς**
Τηλ: 2813404433
Fax: 2813404426
Email: amanouras@hc-crete.gr
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 04-03-16
Φάκελος: Έρευνα
Αρ. Πρωτ: **3254**
08-03-16

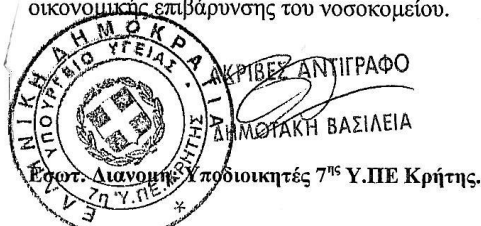
**ΠΡΟΣ: κ.κ. Χατζηνικολάου Αθαν.,
Τέλλη Δήμητρα & Μαντικού Δήμητρα,
Σπουδάστριες του Τμήματος
Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ.**

**Κοιν.: 1. Εκτελών χρέη Διοικητή &
Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
κ. Χαλκιαδάκη Γ.,
2. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβ.
κ. Λιονή Χρήστο**

**Θέμα: «Έγκριση Έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας»
Σχετ.: Η με αρ. πρωτ. 89/12-02-16 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του
ΠΑΓΝΗ.**

Σας ενημερώνουμε ότι λαμβάνοντας υπόψη το ανωτέρω σχετικό έγγραφο, εγκρίνουμε τη διανομή ερωτηματολογίου στο ΠΑΓΝΗ, και συγκεκριμένα στο Νοσηλευτικό Προσωπικό (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) των κλινικών Γενική Παθολογική, Πνευμονολογική, Καρδιολογική, ΠΟΓΚ, Γενική Παιδιατρική, Γενική Χειρουργική, Καρδιοχειρουργική, Χειρουργική Παιδών, Μαιευτική – Γυναικολογική, Νευροχειρουργική, Ορθοπαιδική, ΜΕΘ Ενηλίκων, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΠΑΓΝΗ, από τις σπουδάστριες του Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Ηρακλείου κ.κ. Χατζηνικολάου Αθανασία, Τέλλη Δήμητρα & Μαντικού Δήμητρα στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας με θέμα: «**Η διερεύνηση του φαινομένου του εκφοβισμού σε εργαζόμενους νοσηλευτές σε ένα τριτοβάθμιο Γενικό Νοσοκομείο της Κρήτης**», υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Ρίκο Νικολάου.

Η Έγκριση δίνεται με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της πτυχιακής των εργασίας θα προσκομίσουν περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο ΠΑΓΝΗ, και με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων δεοντολογίας και ηθικής και προστασίας της ανωνυμίας και της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου.



Η ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

Δρ. ANNA ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ